

Private Vorsorge / Betriebliche Altersversorgung

Risikorelevante Personendaten

Fragen an die zu versichernde Person

- Gesundheitserklärung
- Weitere risikorelevante Personendaten
- Schweigepflichtentbindungserklärung

ERGO

Versichern heißt verstehen.

Risikorelevante Personendaten zur Lebensversicherung/Altersrentenversicherung

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem §203 StGB unterliegen

Bei ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

	Versicherungsanfrage/Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom	Datum	VNR
Zu versichernde Person (VP)/ mitversicherte Person (MP)	VP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	MP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	
Umfang der Gesundheitsfragen	Bei einer Versicherungsanfrage /einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich: – Kapitalbildende Lebensversicherung und Risikolebensversicherung – Altersrentenversicherung/fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder fester Todesfallleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen – Berufsunfähigkeitsversicherung und Pflegerenten-Risikoversicherung		
Vorvertragliche Anzeigepflicht	Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Es besteht dann von Anfang an kein Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die Vertragsanpassung, etwa in Form eines Leistungsausschlusses oder eines Risikozuschlags, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann der Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.		
Vorliegende Gentests sind erst ab beantragten 300.000 € Todesfallsumme oder 30.000 € jährl. Berufsunfähigkeitsrente anzugeben! HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.		VP	MP
1.1	Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 € oder mehr?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
1.2	Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Gesellschaften aus medizinischen Gründen abgelehnt, befristet zurückgestellt oder nur zu Sonderbedingungen (z. B. Zuschlag, Klausel) angenommen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
2.	Sind Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Flugrisiko [außer als Passagier], Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampsport, Auto- oder Motorradsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
3.	Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der EU aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
4.	Körpergröße und Gewicht? VP cm kg MP cm kg		
5.	Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?		
6.	Für die Fragen 6.1 bis 6.20 gilt: Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen, Beschwerden, Behandlungen in den unten genannten Bereichen oder gab es in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante), stationäre Aufenthalte (auch Kur oder Reha); Krebtherapien; Psycho- oder Verhaltenstherapien?		
6.1	Herz-Kreislauf (z. B. Bluthochdruck über 140/90 mmHg [Einzelmessung], Herzkranzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Schlaganfall, Herz- oder Gefäß-Operationen, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.2	Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungen- oder Rippenfellkrankungen, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.3	Speiseröhre (z. B. Sodbrennen), Magen, Darm?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.4	Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.5	Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.6	Unterleibsorgane, Brust?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.7	Schilddrüse?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.8	Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben (ärztlich oder physiotherapeutisch/krankengymnastisch oder durch Massagen behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, auch Schulter-Arm-Syndrom, Schulter-Nacken-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann, Bechterew)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.9	Knochen (z. B. Osteoporose, Verformung), Gelenke (z. B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Bakerzyste), Muskeln (z. B. fortschreitende Muskelschwäche, -schmerzen, -steifigkeit), Sehnen u. Bänder (z. B. Risse, wiederholte Sehnenscheidenentzündungen), Bindegewebe (z. B. Marfan-Syndrom, Lupus erythematoses, Sklerodermie, Überdehnbarkeit); Rheuma; Fibromyalgie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.10	Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen (auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.11	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.12	Krampfader, Venen, Arterien (einschließlich Durchblutungsstörungen, Gefäßausstülpungen/Aneurysmen, Thrombosen, Embolien)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.13	Anfallsleiden, Epilepsie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.14	Psyche (auch Ess-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen, Angst- oder Panikstörungen, Selbsttötungsversuch(e), psycho-somatische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrome, behandlungsbedürftige Schlafstörungen, chronische Ermüdung), Nerven (auch Lähmungen), Gehirn (auch Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Migräne), Rückenmark?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.15	Geschwülste, Tumoren, Krebs (einschließlich Leukämie); Gewebsentnahmen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.16	Unfälle (unerheblich sind Prellungen und einfache, folgenlos verheilte Knochenbrüche ohne Gelenkbeteiligung)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.17	Hauterkrankungen (einschließlich nach ärztlicher Einschätzung kontrollbedürftige Muttermale/Naevi)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.18	Ohrenerkrankungen (auch Hörminderung, Hörsturz, behandlungsbedürftige Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.19	Augenerkrankungen, Sehfehler (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit unter 8 Dioptrien), Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck oder grüner Star/Glaukom, Linsentrübung/grauer Star/Katarakt, Netzhaut- oder Hornhautveränderungen, Schielen (auch operiertes), fehlendes räumliches Sehen, Gesichtsfeldausfälle, Entzündungen der Sehnerven, der Regenbogen-, Ader- und/oder Lederhaut des Auges?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.20	Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z. B. Malaria), Geschlechtskrankheiten?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Zu den bejahten Fragen 6.1 bis 6.20 bitte die entsprechenden Zusätzlichen Erklärungen ausfüllen.			
7.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Gichtanfälle oder wurden Ihnen Blutfette, Leberwerte oder Harnsäurewerte außerhalb des Normbereichs vom Arzt mitgeteilt?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
8.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐

		VP	MP		
9.	Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren Vorsorge- oder sonstigen medizinischen Untersuchungen unterzogen, als deren Folge Behandlungen (einschließlich Operationen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen), Abklärungsuntersuchungen oder Kontrollen angeraten oder erforderlich wurden?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.1	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, bzw. – bei Bedarfsmedikation (z.B. Asthma-Spray) mehrmals jährlich oder – bei Schmerzmitteln, Entzündungshemmern, Kortisonpräparaten oder Schlaftabletten ca. wöchentlich oder über mindestens 6 Wochen durchgehend Medikamente (auch vorbeugend)? (Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben zu werden.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.2	Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung, Kontrolluntersuchungen) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.3	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren – mehrfach Drogen oder Aufputschmittel?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.4	Nur bei Risikolebensversicherung beantworten, ansonsten weiter mit Frage 11.: Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin? (Nicht-raucher/Nichtkonsumierer ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss nicht geraucht/kein Nikotin konsumiert hat.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
11.	Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (anzugeben sind auch bereits operierte Veränderungen), z.B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren oder des Stoffwechsels, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
12.	Wurde bei Ihnen jemals eine AIDS-(HIV-)Infektion festgestellt (positiver HIV-Bluttest)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.1	Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt: eine Minderung der Erwerbs- (MdE) oder Berufsfähigkeit, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), eine Pflegestufe? % MdE/GdS % GdB % Berufsunfähigkeit/Invalidität % WDB Pflegestufe:	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.2	Wurden Sie aus gesundheitlichen Gründen vom Wehrdienst zurückgestellt? Wenn ja, bitte unten Grund angeben.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
14.	Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zusätzliche Fragen 15–18 bei BUZ/EUZ/BUV (nur für VP möglich)					
15.1	Wurde bei Ihnen bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung anerkannt oder bestand während der letzten 5 Jahre zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen?	ja ☐ nein ☐			
15.2	Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit: Überwiegende Art der Tätigkeit? ☐ handwerklich/körperlich oder ☐ kaufmännisch, organisatorisch oder aufsichtsführend Falls selbstständig, Anzahl der familienfremden Mitarbeiter?				
16.	Haben Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?	ja ☐ nein ☐			
Frage 17 bei BU-/EU-Rente immer beantworten					
17.	Haben Sie zu erwartende Ansprüche aus anderen (bestehenden oder derzeit beantragten) privaten oder betrieblichen Versicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit? Wenn ja: Wie hoch sind diese? Berufsunfähigkeit: EUR pro Jahr Erwerbsunfähigkeit: EUR pro Jahr Dienstunfähigkeit: EUR pro Jahr Bestehen Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (einschl. Beamtenversorgung, gesetzliche Rententräger)? Wenn ja: Wie hoch sind diese? EUR pro Jahr	ja ☐ nein ☐			
Frage 18 nur bei einer BU-/EU-Rente von mehr als 12.000 EUR jährlich (inkl. Bonusrente und einschl. sonstiger bestehender oder aktuell beantragter BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke) beantworten					
18.	Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttojahresarbeitseinkommen sowie das Bruttojahresarbeitseinkommen* der letzten zwei Jahre an: derzeit: EUR Vorjahr 20 EUR Vorjahr 20 EUR *Bei Arbeitnehmern: Bruttojahresarbeitseinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld Bei Selbstständigen: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern				
19.	Wird zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ eingereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
19.1	Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“ notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch die ERGO Lebensversicherung AG beauftragt werden? Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct SAP 500 71 273 beifügen.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zu Fragen, die Sie bejaht haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. ☐ siehe Anlage Falls beide Personen Fragen bejaht haben, sind getrennte Angaben für VP und MP erforderlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.	Frage Nr.				
	1	Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme?			
	2	Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren?/Seit wann?/Wo?			
	3	Reiseland (ggf. Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund			
	5	Name des Arztes/Fachrichtung/Anschrift			
	6-12	Was lag oder liegt vor? Wann? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
	13.2	Grund für die Wehrdienstzurückstellung			
	15.1	Wann und weshalb?			
	15.2	Derzeitig ausgeübte Tätigkeit (ggf. Ausbildungsberuf/Studienfach)	Branche	Seit wann?	
16	Wann und weshalb?				

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der ERGO Group AG benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Anfrage-/Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG (unter 3.)
und wenn der 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG die von mir in dieser Anfrage/diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Anfrage-/Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.
Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Schweigepflichtentbindung (Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten)

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung 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 Anfrage-/Antragstellung an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige
* oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.
Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anfrage-/Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anfrage-/Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage-/Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anfrage-/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 in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.– Möglichkeit I).

Nutzung von Gesundheitsdaten bei der Victoria

Ich bin damit einverstanden, dass die ERGO Lebensversicherung AG bzw. ERGO Pensionskasse AG vorhandene Gesundheitsdaten der Victoria Lebensversicherung AG zur Risikoprüfung im erforderlichen Umfang nutzt und bin darauf hingewiesen worden, dass ich dieser Datenerhebung widersprechen kann.

Datenschutz

Die auf der Rückseite/Folgeside fortgeführte abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen ab. Dazu zählen:

3. die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

3.1 die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

3.2 die Datenweitergabe an Rückversicherungen

3.3 der Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

3.4 die Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

4. die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en). Bei abweichenden Wünschen ist für jede versicherte Person ein eigenes Formular auszufüllen.

Unterschriften

Mit den nachstehenden Unterschriften

- bestätigen Sie die Angaben zur Gesundheitserklärung und zu den weiteren risikorelevanten Personendaten
- geben Sie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des §203 Strafgesetzbuch unterliegen ab,
- sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung.

Gilt nur bei BAV: Sobald der Antragsteller/Versicherungsnehmer der Arbeitgeber der versicherten Person ist, gilt:

Eine Unterschrift des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Die Durchschrift der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung erhält ausschließlich die versicherte Person (VP).

Bei einem minderjährigen Anfrage-/Antragsteller und/oder einer minderjährigen (mit)versicherten Person sind im gleichen Unterschriftenfeld zusätzlich die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter mit Vor- und Nachnamen erforderlich.

Eine Durchschrift/Kopie der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten.

Datum

der Antragsteller/Antragsteller/
Versicherungsnehmer (VN)

die versicherte Person (VP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

die mitversicherte Person (MP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

Datum

Vermittler mit Vor- und Zunamen

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG
Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG 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 Gesundheitsdaten für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de im Abschnitt "Datenschutz" eingesehen oder unter info@ergo.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Versicherungsanfrage/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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an das HIS melden. Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird.

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.

Risikorelevante Personendaten zur Lebensversicherung/Altersrentenversicherung

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem §203 StGB unterliegen

Bei ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

	Versicherungsanfrage/Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom	Datum	VNR
Zu versichernde Person (VP)/ mitversicherte Person (MP)	VP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	MP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	
Umfang der Gesundheitsfragen	Bei einer Versicherungsanfrage /einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich: – Kapitalbildende Lebensversicherung und Risikolebensversicherung – Altersrentenversicherung/fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder fester Todesfallleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen – Berufsunfähigkeitsversicherung und Pflegerenten-Risikoversicherung		
Vorvertragliche Anzeigepflicht	Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Es besteht dann von Anfang an kein Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die Vertragsanpassung, etwa in Form eines Leistungsausschlusses oder eines Risikozuschlags, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann der Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.		
Vorliegende Gentests sind erst ab beantragten 300.000 € Todesfallsumme oder 30.000 € jährl. Berufsunfähigkeitsrente anzugeben! HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.		VP	MP
1.1	Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 € oder mehr?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
1.2	Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Gesellschaften aus medizinischen Gründen abgelehnt, befristet zurückgestellt oder nur zu Sonderbedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel) angenommen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
2.	Sind Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Flugrisiko [außer als Passagier], Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampsport, Auto- oder Motorradsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
3.	Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der EU aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
4.	Körpergröße und Gewicht? VP cm kg MP cm kg		
5.	Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?		
6.	Für die Fragen 6.1 bis 6.20 gilt: Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen, Beschwerden, Behandlungen in den unten genannten Bereichen oder gab es in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante), stationäre Aufenthalte (auch Kur oder Reha); Krebtherapien; Psycho- oder Verhaltenstherapien?		
6.1	Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck über 140/90 mmHg [Einzelmessung], Herzkranzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Schlaganfall, Herz- oder Gefäß-Operationen, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.2	Atmungsorgane (z.B. Asthma, Lungen- oder Rippenfellkrankungen, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.3	Speiseröhre (z.B. Sodbrennen), Magen, Darm?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.4	Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.5	Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.6	Unterleibsorgane, Brust?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.7	Schilddrüse?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.8	Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben (ärztlich oder physiotherapeutisch/krankengymnastisch oder durch Massagen behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, auch Schulter-Arm-Syndrom, Schulter-Nacken-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann, Bechterew)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.9	Knochen (z.B. Osteoporose, Verformung), Gelenke (z.B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Bakerzyste), Muskeln (z.B. fortschreitende Muskelschwäche, -schmerzen, -steifigkeit), Sehnen u. Bänder (z.B. Risse, wiederholte Sehnenscheidenentzündungen), Bindegewebe (z.B. Marfan-Syndrom, Lupus erythematoses, Sklerodermie, Überdehnbarkeit); Rheuma; Fibromyalgie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.10	Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen (auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.11	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.12	Krampfader, Venen, Arterien (einschließlich Durchblutungsstörungen, Gefäßausstülpungen/Aneurysmen, Thrombosen, Embolien)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.13	Anfallsleiden, Epilepsie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.14	Psyche (auch Ess-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen, Angst- oder Panikstörungen, Selbsttötungsversuch(e), psycho-somatische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrome, behandlungsbedürftige Schlafstörungen, chronische Ermüdung), Nerven (auch Lähmungen), Gehirn (auch Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Migräne), Rückenmark?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.15	Geschwülste, Tumoren, Krebs (einschließlich Leukämie); Gewebsentnahmen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.16	Unfälle (unerheblich sind Prellungen und einfache, folgenlos verheilte Knochenbrüche ohne Gelenkbeteiligung)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.17	Hauterkrankungen (einschließlich nach ärztlicher Einschätzung kontrollbedürftige Muttermale/Naevi)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.18	Ohrerkrankungen (auch Hörminderung, Hörsturz, behandlungsbedürftige Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.19	Augenerkrankungen, Sehfehler (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit unter 8 Dioptrien), Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck oder grüner Star/Glaukom, Linsentrübung/grauer Star/Katarakt, Netzhaut- oder Hornhautveränderungen, Schielen (auch operiertes), fehlendes räumliches Sehen, Gesichtsfeldausfälle, Entzündungen der Sehnerven, der Regenbogen-, Ader- und/oder Lederhaut des Auges?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.20	Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z.B. Malaria), Geschlechtskrankheiten?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Zu den bejahten Fragen 6.1 bis 6.20 bitte die entsprechenden Zusätzlichen Erklärungen ausfüllen.			
7.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Gichtanfälle oder wurden Ihnen Blutfette, Leberwerte oder Harnsäurewerte außerhalb des Normbereichs vom Arzt mitgeteilt?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
8.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐

Durchschrift für den Vermittler
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte, unter Angabe Ihrer Vers.-Schein-Nr., falls diese noch nicht bekannt ist, des Aktenzeichens, an die ERGO Lebensversicherung AG, Übersering 45, 22297 Hamburg

		VP	MP		
9.	Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren Vorsorge- oder sonstigen medizinischen Untersuchungen unterzogen, als deren Folge Behandlungen (einschließlich Operationen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen), Abklärungsuntersuchungen oder Kontrollen angeraten oder erforderlich wurden?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.1	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, bzw. – bei Bedarfsmedikation (z.B. Asthma-Spray) mehrmals jährlich oder – bei Schmerzmitteln, Entzündungshemmern, Kortisonpräparaten oder Schlaftabletten ca. wöchentlich oder über mindestens 6 Wochen durchgehend Medikamente (auch vorbeugend)? (Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben zu werden.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.2	Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung, Kontrolluntersuchungen) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.3	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren – mehrfach Drogen oder Aufputschmittel?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.4	Nur bei Risikolebensversicherung beantworten, ansonsten weiter mit Frage 11.: Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin? (Nicht-raucher/Nichtkonsumierer ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss nicht geraucht/kein Nikotin konsumiert hat.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
11.	Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (anzugeben sind auch bereits operierte Veränderungen), z.B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren oder des Stoffwechsels, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
12.	Wurde bei Ihnen jemals eine AIDS-(HIV-)Infektion festgestellt (positiver HIV-Bluttest)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.1	Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt: eine Minderung der Erwerbs- (MdE) oder Berufsfähigkeit, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), eine Pflegestufe? % MdE/GdS % GdB % Berufsunfähigkeit/Invalidität % WDB Pflegestufe:	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.2	Wurden Sie aus gesundheitlichen Gründen vom Wehrdienst zurückgestellt? Wenn ja, bitte unten Grund angeben.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
14.	Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zusätzliche Fragen 15–18 bei BUZ/EUZ/BUV (nur für VP möglich)					
15.1	Wurde bei Ihnen bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung anerkannt oder bestand während der letzten 5 Jahre zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen?	ja ☐ nein ☐			
15.2	Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit: Überwiegende Art der Tätigkeit? ☐ handwerklich/körperlich oder ☐ kaufmännisch, organisatorisch oder aufsichtsführend Falls selbstständig, Anzahl der familienfremden Mitarbeiter?				
16.	Haben Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?	ja ☐ nein ☐			
Frage 17 bei BU-/EU-Rente immer beantworten					
17.	Haben Sie zu erwartende Ansprüche aus anderen (bestehenden oder derzeit beantragten) privaten oder betrieblichen Versicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit? Wenn ja: Wie hoch sind diese? Berufsunfähigkeit: EUR pro Jahr Erwerbsunfähigkeit: EUR pro Jahr Dienstunfähigkeit: EUR pro Jahr Bestehen Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (einschl. Beamtenversorgung, gesetzliche Rententräger)? Wenn ja: Wie hoch sind diese? EUR pro Jahr	ja ☐ nein ☐			
Frage 18 nur bei einer BU-/EU-Rente von mehr als 12.000 EUR jährlich (inkl. Bonusrente und einschl. sonstiger bestehender oder aktuell beantragter BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke) beantworten					
18.	Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttojahresarbeitseinkommen sowie das Bruttojahresarbeitseinkommen* der letzten zwei Jahre an: derzeit: EUR Vorjahr 20 EUR Vorjahr 20 EUR *Bei Arbeitnehmern: Bruttojahresarbeitseinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld Bei Selbstständigen: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern				
19.	Wird zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ eingereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
19.1	Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“ notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch die ERGO Lebensversicherung AG beauftragt werden? Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct SAP 500 71 273 beifügen.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zu Fragen, die Sie bejaht haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. ☐ siehe Anlage Falls beide Personen Fragen bejaht haben, sind getrennte Angaben für VP und MP erforderlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.	Frage Nr.				
	1	Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme?			
	2	Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren?/Seit wann?/Wo?			
	3	Reiseland (ggf. Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund			
	5	Name des Arztes/Fachrichtung/Anschrift			
	6-12	Was lag oder liegt vor? Wann? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
	13.2	Grund für die Wehrdienstzurückstellung			
	15.1	Wann und weshalb?			
	15.2	Derzeitig ausgeübte Tätigkeit (ggf. Ausbildungsberuf/Studienfach)	Branche	Seit wann?	
16	Wann und weshalb?				

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der ERGO Group AG benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Anfrage-/Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG (unter 3.)
und wenn der 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG die von mir in dieser Anfrage/diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Anfrage-/Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.
Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Schweigepflichtentbindung (Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten)

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung 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 Anfrage-/Antragstellung an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG übermittelt werden.
Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige
* oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.
Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anfrage-/Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anfrage-/Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage-/Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anfrage-/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 in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.– Möglichkeit I).

Nutzung von Gesundheitsdaten bei der Victoria

Ich bin damit einverstanden, dass die ERGO Lebensversicherung AG bzw. ERGO Pensionskasse AG vorhandene Gesundheitsdaten der Victoria Lebensversicherung AG zur Risikoprüfung im erforderlichen Umfang nutzt und bin darauf hingewiesen worden, dass ich dieser Datenerhebung widersprechen kann.

Datenschutz

Die auf der Rückseite/Folgeside fortgeführte abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen ab. Dazu zählen:

3. die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

3.1 die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

3.2 die Datenweitergabe an Rückversicherungen

3.3 der Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

3.4 die Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

4. die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en). Bei abweichenden Wünschen ist für jede versicherte Person ein eigenes Formular auszufüllen.

Unterschriften

Mit den nachstehenden Unterschriften

- bestätigen Sie die Angaben zur Gesundheitserklärung und zu den weiteren risikorelevanten Personendaten
- geben Sie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des §203 Strafgesetzbuch unterliegen ab,
- sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung.

Gilt nur bei BAV: Sobald der Antragsteller/Versicherungsnehmer der Arbeitgeber der versicherten Person ist, gilt:

Eine Unterschrift des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Die Durchschrift der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung erhält ausschließlich die versicherte Person (VP).

Bei einem minderjährigen Anfrage-/Antragsteller und/oder einer minderjährigen (mit)versicherten Person sind im gleichen Unterschriftenfeld zusätzlich die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter mit Vor- und Nachnamen erforderlich.

Eine Durchschrift/Kopie der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten.

Datum

der Antragsteller/Antragsteller/
Versicherungsnehmer (VN)

die versicherte Person (VP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

die mitversicherte Person (MP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

Datum

Vermittler mit Vor- und Zunamen

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG
Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG 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 Gesundheitsdaten für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de im Abschnitt "Datenschutz" eingesehen oder unter info@ergo.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Versicherungsanfrage/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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an das HIS melden. Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird.

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.

Risikorelevante Personendaten zur Lebensversicherung/Altersrentenversicherung Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem §203 StGB unterliegen

Bei ☐ Zutreffendes bitte ankreuzen

	Versicherungsanfrage/Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom	Datum	VNR
Zu versichernde Person (VP)/ mitversicherte Person (MP)	VP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	MP: Vorname und Zuname, Geburtsdatum	
Umfang der Gesundheitsfragen	Bei einer Versicherungsanfrage /einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich: – Kapitalbildende Lebensversicherung und Risikolebensversicherung – Altersrentenversicherung/fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder fester Todesfallleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen – Berufsunfähigkeitsversicherung und Pflegerenten-Risikoversicherung		
Vorvertragliche Anzeigepflicht	Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Es besteht dann von Anfang an kein Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die Vertragsanpassung, etwa in Form eines Leistungsausschlusses oder eines Risikozuschlags, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann der Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.		
Vorliegende Gentests sind erst ab beantragten 300.000 € Todesfallsumme oder 30.000 € jährl. Berufsunfähigkeitsrente anzugeben! HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.		VP	MP
1.1	Sind aktuell beantragt oder bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 € oder mehr?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
1.2	Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen bei anderen Gesellschaften aus medizinischen Gründen abgelehnt, befristet zurückgestellt oder nur zu Sonderbedingungen (z.B. Zuschlag, Klausel) angenommen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
2.	Sind Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Flugrisiko [außer als Passagier], Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Kampsport, Auto- oder Motorradsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Freeclimbing, Wildwassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
3.	Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate insgesamt länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der EU aufzuhalten? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
4.	Körpergröße und Gewicht? VP cm kg MP cm kg		
5.	Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?		
6.	Für die Fragen 6.1 bis 6.20 gilt: Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren – Krankheiten, Funktionsstörungen, Beschwerden, Behandlungen in den unten genannten Bereichen oder gab es in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante), stationäre Aufenthalte (auch Kur oder Reha); Krebtherapien; Psycho- oder Verhaltenstherapien?		
6.1	Herz-Kreislauf (z.B. Bluthochdruck über 140/90 mmHg [Einzelmessung], Herzkranzgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Infarkt, Schlaganfall, Herz- oder Gefäß-Operationen, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.2	Atmungsorgane (z.B. Asthma, Lungen- oder Rippenfellkrankungen, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.3	Speiseröhre (z.B. Sodbrennen), Magen, Darm?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.4	Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.5	Nieren, Blase, Harnwege (auch kontrollbedürftige Urinbefunde)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.6	Unterleibsorgane, Brust?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.7	Schilddrüse?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.8	Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben (ärztlich oder physiotherapeutisch/krankengymnastisch oder durch Massagen behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, auch Schulter-Arm-Syndrom, Schulter-Nacken-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann, Bechterew)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.9	Knochen (z.B. Osteoporose, Verformung), Gelenke (z.B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Bakerzyste), Muskeln (z.B. fortschreitende Muskelschwäche, -schmerzen, -steifigkeit), Sehnen u. Bänder (z.B. Risse, wiederholte Sehnenscheidenentzündungen), Bindegewebe (z.B. Marfan-Syndrom, Lupus erythematoses, Sklerodermie, Überdehnbarkeit); Rheuma; Fibromyalgie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.10	Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen (auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.11	Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.12	Krampfader, Venen, Arterien (einschließlich Durchblutungsstörungen, Gefäßausstülpungen/Aneurysmen, Thrombosen, Embolien)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.13	Anfallsleiden, Epilepsie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.14	Psyche (auch Ess-Störungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Depressionen, Angst- oder Panikstörungen, Selbsttötungsversuch(e), psycho-somatische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrome, behandlungsbedürftige Schlafstörungen, chronische Ermüdung), Nerven (auch Lähmungen), Gehirn (auch Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Migräne), Rückenmark?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.15	Geschwülste, Tumoren, Krebs (einschließlich Leukämie); Gewebsentnahmen?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.16	Unfälle (unerheblich sind Prellungen und einfache, folgenlos verheilte Knochenbrüche ohne Gelenkbeteiligung)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.17	Hauterkrankungen (einschließlich nach ärztlicher Einschätzung kontrollbedürftige Muttermale/Naevi)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.18	Ohrerkrankungen (auch Hörminderung, Hörsturz, behandlungsbedürftige Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.19	Augenerkrankungen, Sehfehler (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit unter 8 Dioptrien), Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck oder grüner Star/Glaukom, Linsentrübung/grauer Star/Katarakt, Netzhaut- oder Hornhautveränderungen, Schielen (auch operiertes), fehlendes räumliches Sehen, Gesichtsfeldausfälle, Entzündungen der Sehnerven, der Regenbogen-, Ader- und/oder Lederhaut des Auges?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
6.20	Ärztlich behandlungsbedürftige Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose), Tropenkrankheiten (z.B. Malaria), Geschlechtskrankheiten?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Zu den bejahten Fragen 6.1 bis 6.20 bitte die entsprechenden Zusätzlichen Erklärungen ausfüllen.			
7.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Gichtanfälle oder wurden Ihnen Blutfette, Leberwerte oder Harnsäurewerte außerhalb des Normbereichs vom Arzt mitgeteilt?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
8.	Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐

Durchschrift für den Antragsteller
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte, unter Angabe Ihrer Vers.-Schein-Nr., falls diese noch nicht bekannt ist, des Aktenzeichens, an die ERGO Lebensversicherung AG, Übersering 45, 22297 Hamburg

		VP	MP		
9.	Haben Sie sich in den letzten 5 Jahren Vorsorge- oder sonstigen medizinischen Untersuchungen unterzogen, als deren Folge Behandlungen (einschließlich Operationen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen), Abklärungsuntersuchungen oder Kontrollen angeraten oder erforderlich wurden?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.1	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren – regelmäßig, bzw. – bei Bedarfsmedikation (z.B. Asthma-Spray) mehrmals jährlich oder – bei Schmerzmitteln, Entzündungshemmern, Kortisonpräparaten oder Schlaftabletten ca. wöchentlich oder über mindestens 6 Wochen durchgehend Medikamente (auch vorbeugend)? (Einnahme der „Antibabypille“ braucht nicht angegeben zu werden.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.2	Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung, Kontrolluntersuchungen) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.3	Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren – mehrfach Drogen oder Aufputschmittel?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
10.4	Nur bei Risikolebensversicherung beantworten, ansonsten weiter mit Frage 11.: Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin? (Nicht-raucher/Nichtkonsumierer ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss nicht geraucht/kein Nikotin konsumiert hat.)	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
11.	Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (anzugeben sind auch bereits operierte Veränderungen), z.B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren oder des Stoffwechsels, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
12.	Wurde bei Ihnen jemals eine AIDS-(HIV-)Infektion festgestellt (positiver HIV-Bluttest)?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.1	Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt: eine Minderung der Erwerbs- (MdE) oder Berufsfähigkeit, ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), eine Pflegestufe? % MdE/GdS % GdB % Berufsunfähigkeit/Invalidität % WDB Pflegestufe:	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
13.2	Wurden Sie aus gesundheitlichen Gründen vom Wehrdienst zurückgestellt? Wenn ja, bitte unten Grund angeben.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
14.	Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zusätzliche Fragen 15–18 bei BUZ/EUZ/BUV (nur für VP möglich)					
15.1	Wurde bei Ihnen bereits eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung anerkannt oder bestand während der letzten 5 Jahre zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen?	ja ☐ nein ☐			
15.2	Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit: Überwiegende Art der Tätigkeit? ☐ handwerklich/körperlich oder ☐ kaufmännisch, organisatorisch oder aufsichtsführend Falls selbstständig, Anzahl der familienfremden Mitarbeiter?				
16.	Haben Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?	ja ☐ nein ☐			
Frage 17 bei BU-/EU-Rente immer beantworten					
17.	Haben Sie zu erwartende Ansprüche aus anderen (bestehenden oder derzeit beantragten) privaten oder betrieblichen Versicherungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit? Wenn ja: Wie hoch sind diese? Berufsunfähigkeit: EUR pro Jahr Erwerbsunfähigkeit: EUR pro Jahr Dienstunfähigkeit: EUR pro Jahr Bestehen Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken (einschl. Beamtenversorgung, gesetzliche Rententräger)? Wenn ja: Wie hoch sind diese? EUR pro Jahr	ja ☐ nein ☐			
Frage 18 nur bei einer BU-/EU-Rente von mehr als 12.000 EUR jährlich (inkl. Bonusrente und einschl. sonstiger bestehender oder aktuell beantragter BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke) beantworten					
18.	Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Bruttojahresarbeitseinkommen sowie das Bruttojahresarbeitseinkommen* der letzten zwei Jahre an: derzeit: EUR Vorjahr 20 EUR Vorjahr 20 EUR *Bei Arbeitnehmern: Bruttojahresarbeitseinkommen einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld Bei Selbstständigen: Gewinn/Jahresüberschuss vor Steuern				
19.	Wird zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ eingereicht?	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
19.1	Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“ notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch die ERGO Lebensversicherung AG beauftragt werden? Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct SAP 500 71 273 beifügen.	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐		
Zu Fragen, die Sie bejaht haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Reicht der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte gesondertes Blatt verwenden. ☐ siehe Anlage Falls beide Personen Fragen bejaht haben, sind getrennte Angaben für VP und MP erforderlich. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.	Frage Nr.				
	1	Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme?			
	2	Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren?/Seit wann?/Wo?			
	3	Reiseland (ggf. Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund			
	5	Name des Arztes/Fachrichtung/Anschrift			
	6-12	Was lag oder liegt vor? Wann? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
	13.2	Grund für die Wehrdienstzurückstellung			
	15.1	Wann und weshalb?			
	15.2	Derzeitig ausgeübte Tätigkeit (ggf. Ausbildungsberuf/Studienfach)	Branche	Seit wann?	
16	Wann und weshalb?				

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der ERGO Group AG benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Anfrage-/Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG (unter 3.)
und wenn der 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG die von mir in dieser Anfrage/diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Anfrage-/Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.
Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.
Sie können diese Erklärungen bereits hier (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Schweigepflichtentbindung (Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten)

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung 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 Anfrage-/Antragstellung an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG einwillige

* oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anfrage-/Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anfrage-/Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage-/Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anfrage-/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 in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.– Möglichkeit I).

Nutzung von Gesundheitsdaten bei der Victoria

Ich bin damit einverstanden, dass die ERGO Lebensversicherung AG bzw. ERGO Pensionskasse AG vorhandene Gesundheitsdaten der Victoria Lebensversicherung AG zur Risikoprüfung im erforderlichen Umfang nutzt und bin darauf hingewiesen worden, dass ich dieser Datenerhebung widersprechen kann.

Datenschutz

Die auf der Rückseite/Folgeseite fortgeführte abgedruckte Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) erhalten und zur Kenntnis genommen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen ab. Dazu zählen:

3. die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG

3.1 die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

3.2 die Datenweitergabe an Rückversicherungen

3.3 der Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

3.4 die Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

4. die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en). Bei abweichenden Wünschen ist für jede versicherte Person ein eigenes Formular auszufüllen.

Unterschriften

Mit den nachstehenden Unterschriften

– bestätigen Sie die Angaben zur Gesundheitserklärung,
– geben Sie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 Strafgesetzbuch unterliegen ab,
– sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung.

Gilt nur bei BAV: Sobald der Antragsteller/Versicherungsnehmer der Arbeitgeber der versicherten Person ist, gilt:

Eine Unterschrift des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Die Durchschrift der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung erhält ausschließlich die versicherte Person (VP).

Bei einem minderjährigen Anfrage-/Antragsteller und/oder einer minderjährigen (mit)versicherten Person sind im gleichen Unterschriftenfeld zusätzlich die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter mit Vor- und Nachnamen erforderlich.

Eine Durchschrift/Kopie der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten.

Datum

der Antragsteller/Antragsteller/
Versicherungsnehmer (VN)

die versicherte Person (VP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

die mitversicherte Person (MP), wenn nicht mit
Antragsteller/Antragsteller/VN identisch

Datum

Vermittler mit Vor- und Zunamen

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG
Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ERGO Group AG 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 Gesundheitsdaten für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de im Abschnitt "Rechtliche Hinweise" eingesehen oder unter info@ergo.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Versicherungsanfrage/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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 für die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG an das HIS melden. Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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 ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird.

Die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Pensionskasse AG 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.

Wir sind immer für Sie da!

Wer sein Leben selbst gestalten will, braucht jemanden an seiner Seite, der dafür genügend Sicherheit bietet.

Wir von ERGO helfen Ihnen dabei, Ihren Weg in sichere Bahnen zu lenken.

Wenn Sie Fragen zu Versicherungen der ERGO haben – kein Problem.

Ihr Partner für Versicherungsfragen :

Sollte Ihr Partner für Versicherungsfragen einmal nicht erreichbar sein, nutzen Sie gern unseren Kundenservice.

Gebührenfreie Rufnummer:

0800 3746-000

www.ergo.de

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter:

www.ergo.de/feedback

Über nähere Einzelheiten informieren Sie die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Hinweis auf das Werbewiderspruchsrecht

Wir erheben, verarbeiten und nutzen Ihre personenbezogenen Daten. Diese verwenden wir zur Beratung und Abwicklung Ihres Versicherungsvertrages. Zudem nutzen wir sie, um Ihnen aktuelle Informationen und Angebote zu unseren Produkten zuzusenden.

Sie möchten in Zukunft keine Informationen und Angebote von uns erhalten? Dann können Sie der Verwendung Ihrer Daten zu Werbezwecken widersprechen. Rufen Sie uns dazu unter unserer gebührenfreien Rufnummer 0800 3746-000 an oder informieren Sie uns einfach über www.ergo.de/info.

© ERGO Lebensversicherung AG / 22297 Hamburg / LV / 500 32 305 / 05.2016 / BVPK2D

The ERGO logo is displayed in a bold, red, sans-serif font. It is positioned in the bottom right corner of the page, partially overlapping a large, abstract, light gray shape that resembles a stylized wave or a modern architectural element. The background of the entire page is white, with a large, solid red shape on the right side that also overlaps the gray shape.