

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten im Rahmen einer Risikovorabfrage



Vertriebspartner Vermittlernummer

Interessent	
Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Geburtsdatum <input type="text"/>	

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von **Gesundheitsdaten** durch Versicherungen.

Um Ihre **Gesundheitsdaten** für eine verbindliche Risikovorabprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf kann formlos an ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München, Fax +49 89 4124-9525, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de gerichtet werden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten unsere Einschätzung, unter welchen Bedingungen eine Annahme eines Antrags möglich wäre, lediglich unverbindlich sein kann.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Daten, solange diese zur Abwicklung der Risikovorabfrage erforderlich ist, insbesondere solange ein ausgesprochenes Angebot oder Konditionen aufrecht erhalten werden oder noch mit einem Antrag zu rechnen ist.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG die im Rahmen der Risikovorabfrage mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt soweit dies zur Risikovorabprüfung und einer evtl. anschließenden Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Datenweitergabe an selbstständiger Vermittler

Im Rahmen der Risikovorabfrage erhält der Sie betreuende Vermittler Informationen unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme ohne Erschwerisse, Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann oder ggf. kein Angebot unterbreitet werden kann.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Risikovorabfrage an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Meine Einwilligung gilt entsprechend für die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Maklerverwaltungsprogrammen, Betreiber von Vergleichssoftware), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Datenanalyse oder Risikoauswertung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der ARAG Gruppe 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 uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Krankenversicherungs-AG, KV-Vertragsservice, Hollerithstraße 11, 81829 München, Telefon (0 89) 41 24-82 00, service@ARAG.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 ARAG Krankenversicherungs-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 ARAG Krankenversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ARAG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Speicherung, Verwendung und Löschung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung

Wir speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsschutz beantragen. Die Risikoprüfung gilt auch als abgeschlossen, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Kommt im Anschluss ein Versicherungsvertrag mit Ihnen zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten zu Vertragszwecken. Geben Sie uns Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung nicht ab, ist eine Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorabfrage nicht möglich.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Personendaten nach Abschluss der Risikoprüfung für einen Zeitraum von 12 Monaten ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikovorabfrage zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent bzw. gesetzlicher Vertreter