Zusätzliche Erklärungen
zum Antrag auf Unfallversicherung

GD-Nr.	GeBu/Organisation	GeBu/Abschluss-Vermittler/PZ	GeBu/Inspektor/PZ	Ab.-H. (%)	Teilung mit: GeBu/Abschluss-Vermittler/PZ	Anteil (%)
				20		

☐ Neuvertrag ☐ Vertragsänderung ARAG Vertrags-Nr.

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf
Telefon (0211/963-1601)
Telefax (0211/963-2850)

Antragsdatum

Antragsteller

Geburtsdatum

Zu versichernde Person (wenn nicht zugleich Antragsteller)

Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. zu Ihrer Vorinvalidität.

1. Sind Sie pflegebedürftig (Pflegegrad 2 oder höher) oder schwerbehindert (Grad der Behinderung größer als 50 Prozent)? ☐ ja ☐ nein
2. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren oder haben Sie aktuell eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen:
   AIDS/HIV-Infektion, Alkoholismus, Alzheimer, Hämophilie (Bluterkrankheit), Apoplexie (Schlaganfall), Autismus, Blindheit (beide Augen), koronare Herzerkrankungen, Demenz, Down-Syndrom, Drogenabhängigkeit, Taubheit (beide Ohren), Geisteskrankheit, Leberzirrhose, Medikamentenabhängigkeit, Parkinson, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, Polyneuropathie, Schizophrenie, Glasknochen ☐ ja ☐ nein
3. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren oder haben Sie aktuell andere Vorerkrankungen, Beschwerden, Unfallfolgen, Fehlbildungen, anerkannte Behinderungen oder sonstige Gesundheitsstörungen? ☐ ja ☐ nein

3.1 Wenn ja: Art der Erkrankung

3.2 Seit wann besteht die Erkrankung?

3.3 Waren innerhalb der letzten 5 Jahre Krankenhausbehandlungen aufgrund der Erkrankung notwendig?

3.4 Sind in den letzten 12 Monaten oder aktuell Beschwerden aufgetreten?

Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Befundes/ Behandlungsberichtes (nicht älter als 12 Monate) bei.

3.5 Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung der Erkrankung ein? ☐ ja ☐ nein

3.6 Welche Medikamente nehmen Sie ein?

3.7 Nehmen Sie die Medikamente regelmäßig oder nur bei Bedarf ein?

3.8 Sonstige Angaben

Erklärung

Alle zutreffenden Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet worden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Angaben zu allen o.g. Gesundheitsfragen nochmals selbst geprüft habe und sie so wiedergegeben sind, wie ich sie beantwortet habe. Ich weiß, dass die ARAG bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

PDF27364 10.2018

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir 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, z.B. die ARAG SE und die ARAG IT GmbH, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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

Diese wichtige Erklärung finden Sie als Anlagen zum Antrag mit folgender Gliederung:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

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

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

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Mit Ihrer Unterschrift beantragen Sie alle aufgeführten Versicherungen und geben die oben stehenden Erklärungen ab.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie weiterhin, dass Sie die Risiko- und Gesundheitsfragen sorgfältig, vollständig und richtig beantwortet haben.

Ferner geben Sie die „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung" ab und willigen ein, dass Ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden.
Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie die „Einwilligung in die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen" ab und willigen ein, dass ihre allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben verwendet werden. Diese Einwilligung ist Inhalt des Antrags und wird wichtiger Bestandteil des Vertrages.

Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift zu versichernde gesetzlich vertretene Person bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, 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 sich 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 Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.ARAG.de eingesehen oder bei ARAG Versicherungen, Kundenservice, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefon +49 211 98 90-16 01, 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 Allgemeine Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.
Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch uns 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
Wir geben 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 ARAG Allgemeine Versicherungs-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.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt
Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die ARAG Allgemeine Versicherungs-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 nutzt.