

Risikovorfrage

Absender - Kontaktdaten

Vermittlerdaten (Name, Firma, E-Mail)

Kundendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum)

☐ Herr ☐ Frau

Gewünschter Versicherungsschutz pro Jahr

- | | | |
|---|-------|---------------------------|
| ☐ Berufsunfähigkeitsrente | _____ | max. 36.000 Euro pro Jahr |
| ☐ Vitalschutz (Grundfähigkeiten) | _____ | max. 36.000 Euro pro Jahr |
| ☐ Pflegerente | _____ | max. 24.000 Euro pro Jahr |
| ☐ Risikoleben | _____ | max. 300.000 Euro |

A. Berufliche Tätigkeit

Bitte reichen Sie gegebenenfalls den Fragebogen Tätigkeit ein.

- Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Beamter/-anw.
 Branche _____ Studiengang/Semester _____
- Üben Sie Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit ununterbrochen seit mindestens 3 Jahren aus (ohne Ausbildungs-/Anlernzeit)? ☐ ja ☐ nein
- Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?

- Welche berufliche Ausbildung haben Sie? Dauer der Ausbildung _____ Jahre

- Sind Sie angestellt? ☐ ja ☐ nein
- Bei Selbstständigen: Seit wann sind Sie selbstständig?
 | | | | |
- Zu wieviel Prozent üben Sie Bürotätigkeit (Innendienst) aus? ☐ 0%-24% ☐ 25%-49% ☐ 50%-74% ☐ 75%-100%
- Zu wieviel Prozent sind Sie körperlich tätig? _____ %
- Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung?

- Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen?
 Monatseinkommen bitte auf Jahreseinkommen umrechnen _____ EUR
 Wenn Selbstständigkeit seit weniger als 3 Jahren besteht:
 Nettoeinkommen der vorangegangenen Tätigkeit _____ EUR

B. Fragen zur persönlichen Situation

1. Sind Sie in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Berg- und Klettersport*, Extremsport**, Flugsport*, Kampfsport*, Motorsport*, Reitsport*, Tauchsport*)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, gleichnamiger Fragebogen oder ** allgemeiner Fragebogen Freizeit/Hobby notwendig
2. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate zusammenhängend länger als 3 Monate in ein Land außerhalb der Europäischen Union zu reisen? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, Fragebogen Auslandsaufenthalt notwendig
3. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebens-, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits- (Zusatz-), Grundfähigkeits- oder Schwere-Krankheiten-Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt, bzw. sind noch nicht endgültig entschieden? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, Fragebogen Vorversicherung notwendig
4. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche?
-
5. Besteht ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder ein Grad der Behinderung (GdB) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und der Erkrankung beifügen
6. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art der Rente und der Erkrankung beifügen
7. aktuelle Körpergröße in cm _____ aktuelles Gewicht in kg _____
8. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aktiv geraucht, gedampft (THC- oder nikotinhalzig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form THC oder Nikotin konsumiert? Hierzu zählt z. B. der Genuss von Cannabis, Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) – jeweils auch in elektrischer Form. Oder haben Sie Nikotin-Kaugummi konsumiert oder Nikotin-Pflaster verwendet? ☐ nein ☐ ja

*Wenn ja, bitte zusätzlich den jeweiligen Fragebogen ausfüllen, den wir Ihnen gerne zuschicken.

Bitte reichen Sie höchstens 15 Seiten Befundberichte ein - keine Röntgen- oder MRT-Bilder.

C. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung

Wenn eine der Gesundheitsfragen mit ja beantwortet wird, bitte unter D. angeben.

Hinweis: Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen sämtliche Beschwerden und Krankheiten an. Die aufgeführten Beispiele dienen nur der Veranschaulichung. Sie sind nicht abschließend.

Abfragezeitraum unbegrenzt

1. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus? ☐ nein ☐ ja

Abfragezeitraum 10 Jahre

2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ☐ nein ☐ ja

Abfragezeitraum 5 Jahre

3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Psychologen oder sonstige Therapeuten oder Angehörige der Gesundheitsberufe untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen (Erkältungskrankheiten sind nicht anzugeben), Störungen oder Unfallfolgen
- 3.1 des **Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße** (z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck*, Krampfader, Thrombose, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, Fragebogen Bluthochdruck notwendig
- 3.2 der **Lunge, Bronchien oder des Zwerchfells** (z. B. Asthma*, chronische Bronchitis, COPD, Schlafapnoe)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, Fragebogen Allergie/Asthma notwendig
- 3.3 der **Verdauungsorgane - Magen, Darm, auch Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z. B. Sodbrennen, chronische Gastritis, Reizdarm, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Leberwerterhöhung, Leberzirrhose)? ☐ nein ☐ ja
- 3.4 der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z. B. chronische Blasenentzündung, Niereninsuffizienz, Entzündung der Prostata, Endometriose und Zysten, Brustknoten, Auffälligkeiten im Urin (Blut, Eiweiß), auffälliger PAP-Abstrich, erhöhter PSA-Wert)? ☐ nein ☐ ja

- 3.5 **des Stoffwechsels oder des Hormonhaushalts** (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte/Hypercholesterinämie, Gicht, Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion, Struma)? ☐ nein ☐ ja
- 3.6 **der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)? ☐ nein ☐ ja
- 3.7 **akute oder chronische Infektionen** (z. B. Pfeiffersches Drüsenfieber, Hepatitis, Lyme-Borreliose, Malaria)? ☐ nein ☐ ja
- 3.8 **der Psyche*** (z. B. Suizidversuch, Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung, Angststörung, Essstörung, ADS/ADHS, Burnout, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, psychosomatische Störungen)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, Fragebogen Psyche notwendig
- 3.9 **des Gehirns oder Nervensystems** (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Kopfschmerzen/Migräne*, Lähmungen)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, gleichnamiger Fragebogen notwendig
- 3.10 **der Wirbelsäule* oder Bandscheibe** (z. B. Verspannungen, Hexenschuss, Schleudertrauma, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenfehlstellung)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, gleichnamiger Fragebogen notwendig
- 3.11 **der Knochen* oder Gelenke/Bänder/Muskeln*** (z. B. Frakturen, Gelenkverschleiß, Gelenkverletzungen, rheumatische Beschwerden)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, je Diagnose Fragebogen Unfall/Verletzung/Gelenke notwendig
- 3.12 **der Haut* oder Allergien*** (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, auffällige Muttermale)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, je Diagnose Fragebogen Haut oder Allergie/Asthma notwendig
- 3.13 **der Augen** (z. B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augeninnendruck, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung)? ☐ nein ☐ ja
- 3.14 Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien oder bestand eine solche Fehlsichtigkeit vor einem operativen Korrektureingriff? Bitte Dioptrien angeben.
links: rechts:
- 3.15 **der Ohren** (z. B. Tinnitus*, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)? ☐ nein ☐ ja
*Wenn ja, gleichnamiger Fragebogen notwendig
4. Nehmen Sie oder haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig (zusammenhängend mehr als 4 Wochen oder an mehr als 20 Tagen im Jahr) apotheken-/verschreibungspflichtige Medikamente zu sich genommen? ☐ nein ☐ ja
5. Nehmen Sie oder haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Betäubungsmittel oder Drogen zu sich genommen? Oder werden oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt? Auch der Konsum von THC (Cannabis) in jeglicher Form ist hier anzugeben. ☐ nein ☐ ja

Abfragezeitraum 3 Jahre

6. Waren Sie in den letzten 3 Jahren an mehr als 14 Kalendertagen ununterbrochen arbeitsunfähig, schulunfähig oder studienunfähig? ☐ nein ☐ ja
7. Liegen oder lagen innerhalb der letzten 3 Jahre weitere, noch nicht genannte behandlungsbedürftige Erkrankungen oder Beschwerden vor, wegen denen Sie in Behandlung, Beratung oder Untersuchung waren, oder sind solche angeraten bzw. beabsichtigt? ☐ nein ☐ ja

*Wenn ja, bitte zusätzlich den jeweiligen Fragebogen ausfüllen, den wir Ihnen gerne zuschicken.

Abfragezeitraum 12 Monate

8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus in den letzten 12 Monaten wiederkehrende (mehr als zweimal im Jahr oder an mehr als 14 Kalendertagen) Beschwerden ohne Arztbesuch? Hierzu zählen z. B. Schwindel, Ohnmacht, Atemnot, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, depressive Episoden, Seh-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen. ☐ nein ☐ ja

- D. Wenn eine der Gesundheitsfragen (C.) mit Ja beantwortet wird, sind Angaben zu Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung sowie die Arzt-/Heilbehandler-/Therapeuten-Anschrift erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge z. B. Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung	Wann? Wie oft? Wie lange? Ausgeheilt? Folgen noch vorhanden?	Name und Vorname der behandelnden Ärzte, Therapeuten oder Heilbehandler, Bezeichnung der Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

- ☐ Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, ist ein gesondertes Blatt beigelegt, das vom Versicherungsnehmer/-in und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung Lebensversicherung und Krankenversicherung Risikovorabfrage

Unverbindliche Bekanntgabe des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) zur fakultativen Verwendung

Zur Bearbeitung Ihrer Risikovorabfrage muss der angesprochene Versicherer auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigt der Versicherer dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um der Schweigepflicht unterliegende Informationen an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten.

Die Links zu den Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten bei den angesprochenen Versicherern finden Sie in der beigefügten Liste¹.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Versicherung

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikoprüfung benötigt der Versicherer Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung kann der Versicherer auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken nutzen. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Der Versicherer speichert Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Daten, solange dies 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 der angesprochene Versicherer meine im Rahmen dieser Risikovorabfrage und in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Abwicklung der Risikovorabfrage erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden können.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Versicherung

Für die Risikoprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Versicherung weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Der Versicherer überträgt bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung auf andere Gesellschaften seiner Versicherungsgruppe oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind vertraglich oder gesetzlich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie ggf. zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung. Er führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern unter Angabe der über-

tragenen Aufgaben. Die jeweils aktuelle Liste kann im Internet unter der beim jeweiligen Versicherer angegebenen Internetadresse eingesehen oder bei ihm angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer der Schweigepflicht unterliegenden Daten durch in der Liste gekennzeichnete Dienstleister kann der Versicherer auch eine Schweigepflichtentbindung benötigen.

Ich willige ein, dass der angesprochene Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im Rahmen der Risikoprüfung im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Versicherer dies tun dürfte.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um Ihr Risiko zu prüfen, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer die Risikovorabfrage 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 den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. Rückübermittlung an den anfragenden Versicherungsmakler

Der Versicherungsmakler, der die Vorabfrage gestellt hat, wird vom Versicherer darüber informiert, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihnen Versicherungsschutz gewährt werden könnte.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, andere zwischengeschaltete Makler sowie für von den vorgenannten Maklern mit der Entgegennahme von Daten beauftragte Dienstleistungsgesellschaften.

Ich willige ein, dass der angesprochene Versicherer meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den anfragenden Versicherungsmakler, seinen Maklerpool, zwischengeschaltete Makler und von den vorgenannten Maklern eingeschaltete Dienstleistungsgesellschaften übermitteln darf. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und ggf. weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

3. Verarbeitung von genetischen Daten in der Lebensversicherung

Auch genetische Untersuchungen und Analysen können relevante Informationen über Ihren Gesundheitszustand enthalten. Daher kann es in der Risikoprüfung erforderlich sein, dass der Versicherer Ergebnisse und Daten solcher Untersuchungen und Analysen verarbeitet. Für den Abschluss eines Versicherungsvertrages wird keine Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangt.

Der Versicherer verarbeitet in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflege Rentenversicherung die vom Versicherungsmakler erhaltenen Ergebnisse und Daten aus genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung, wenn eine Leistung von mehr als 300 000 Euro oder mehr als 30 000 Euro Jahresrente angefragt wird.

In allen anderen Fällen verarbeitet der Versicherer für die Risikoprüfung Informationen über bei Ihnen bestehende Krankheiten auch dann, wenn sie durch genetische Untersuchungen oder Analysen festgestellt worden sind. Zur Erhebung und Verarbeitung dieser Daten benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine genetischen Daten im oben beschriebenen Umfang

- entsprechend Ziff. 1 zur Bearbeitung der Risikovorfrage verarbeitet;
- entsprechend Ziff. 2.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass sie von diesen für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Versicherer dies tun dürfte;
- entsprechend Ziff. 2.2 an Rückversicherungen übermittelt und dass sie von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden;

4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später direkt gegenüber dem Versicherer oder über Ihren Makler ² für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten und ggf. genetischen Daten die Durchführung der Risikovorfrage in der Regel nicht möglich sein wird.

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

Datum

Unterschrift zu versichernde Person

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter

Datum

Unterschrift Vermittler

Hinweise für den Versicherungsmakler zur Anwendung der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der vorliegende Text einer Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel ist vom GDV den Datenschutzaufsichtsbehörden zur Kenntnisnahme übermittelt worden. Die Klausel wird flankiert durch Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Versicherungswirtschaft (Code of Conduct). Zweck ist, lediglich für die tatsächlich einwilligungsbedürftigen Datenverarbeitungsprozesse eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung einzuholen. Andere Datenverarbeitungen werden in einem Code of Conduct konkretisiert. Sowohl die Klausel als auch der Code of Conduct werden in regelmäßigen Abständen überarbeitet, um aktuelle Entwicklungen der Datenverarbeitung und gesetzliche Änderungen zu berücksichtigen.

Die Erklärung kann von Versicherungsmaklern für Risikovorabfragen genutzt werden. Sie kann entweder in die Erklärung des Versicherungsmaklers integriert oder als eigenständige Erklärung neben dieser verwendet werden. Sie ist bei jeder Risikoanfrage dem jeweiligen Versicherer vorzulegen. Die Erklärung ist so formuliert, dass sie die Datenverarbeitung bei einer Vielzahl von Versicherern abdeckt. Es ist insofern möglich, dass ein Versicherer bestimmte in der Erklärung beschriebene Verarbeitungsprozesse nicht durchführt.

Die vorliegende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungsklausel bezieht sich auf Gesundheitsdaten sowie ebenfalls besonders geschützte genetische Daten und darüber hinaus auf weitere nach § 203 Abs. 1 StGB geschützte Daten.

Sollen andere besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 DSGVO im Rahmen der Risikovorabfrage verarbeitet werden, wie bspw. die Information über eine Gewerkschaftszugehörigkeit zur Prämienberechnung in speziellen Tarifen gewerkschaftsnaher Unternehmen, ist zum Zweck der Risikovorabfrage eine entsprechende Einwilligungserklärung einzuholen. Diese kann z. B. wie folgt formuliert und gestaltet werden:

Ich willige in die Verarbeitung meiner Angaben zur Gewerkschaftszugehörigkeit ein, soweit dies zur Risikovorabfrage, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

Sollen Kinder oder andere gesetzlich vertretene Personen mitversichert werden, unterschreiben diese ab dem 16. Lebensjahr eine eigene Erklärung, wenn davon auszugehen ist, dass diese einsichtsfähig sind. Diese Erklärung ist aus zivilrechtlichen Gründen auch vom gesetzlichen Vertreter (in der Regel dem Versicherungsnehmer) zu unterzeichnen. Damit verbleibt die Entscheidung über das tatsächliche Bestehen der Einsichtsfähigkeit bei dem gesetzlichen Vertreter.

¹ Die Makler sollten eine Liste mit den in Frage kommenden Versicherern verwenden, in welcher die betroffenen Versicherungen ausgewählt werden können. Die Links stellen die Versicherer dem Makler zur Verfügung.

² Die Einwilligungserklärung sollte die Adresse des Maklers tragen. An diesen wäre dann auch der Widerruf zu adressieren, sofern der Widerruf nicht direkt gegenüber dem Versicherer erklärt wird.