

# Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung der Gothaer Lebensversicherung AG und Gothaer Krankenversicherung AG (Risikovorfrage)



Angaben des Interessenten Anrede: Herr = 1, Frau = 2

Name, Vorname, Titel, Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Postfach

Geburtsdatum

Name der zu versichernden Person 1

Geburtsdatum der zu versichernden Person 1

Name der zu versichernden Person 2

Geburtsdatum der zu versichernden Person 2

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diese Risikovorfrage erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Lebensversicherung AG und die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (im folgenden die Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen die Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse 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 Versicherer selbst,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Versicherer

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.

## Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

### Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Versicherer.

**Ich willige ein**, dass die Versicherer die von mir im Rahmen der Risikovorfrage mitgeteilten Gesundheitsdaten erheben, speichern und nutzen, soweit dieses zur Bearbeitung der Risikovorfrage (Prüfung der Versicherbarkeit und ggf. der damit einhergehenden Konditionen) erforderlich ist.

## Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

### Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Versicherer.

Die Versicherer verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die Versicherer führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen die Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Versicherer führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Versicherer 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.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz) eingesehen oder bei [info@gothaer.de](mailto:info@gothaer.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen die Versicherer Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die Versicherer 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 Versicherer dies tun dürften. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Datum  Unterschrift Interessent

Datum  Unterschrift der zu versichernden Person 1 ab 16 Jahren  ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Datum  Unterschrift der zu versichernden Person 2 ab 16 Jahren  ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter