

Zusatzklärung zur Unfallversicherung – Risikofragen

Risikoträger: ERGO Versicherung AG

DMS 90728



Bei Zutreffendes bitte ankreuzen.

ERGO Unfallschutz Vital Firmen (Gruppen-Unfall)

Versicherungsschein-Nr. Kunden-Nr. Neukunde Zum Antrag vom

Zu versichernde Person

Vorname m w Geburtsdatum selbstständig
 Name Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)
 Straße und Hausnummer Telefon mobil (freiwillige Angabe)
 PLZ Wohnort Berufstätigkeit/Branche (freiwillige Angabe)
 E-Mail (freiwillige Angabe)

Werden die in dieser Zusatzklärung 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. Sie haben dann von Anfang an keinen 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 Risikoausschlusses oder einer Beitragserhöhung, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Risikoausschlusses kann Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.

Diese Zusatzklärung bildet einen wesentlichen Bestandteil Ihrer beantragten/oben genannten Unfallversicherung.
 Bitte beantworten Sie die Fragen in den Abschnitten A, B und C.

A Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten? Nein Ja
 Wenn ja, bei welcher Tätigkeit mit welchen Unfallfolgen?

2. Besteht aktuell eine Pflegebedürftigkeit? Nein Ja
 a) Wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt
 Welcher Pflegegrad liegt vor? Seit wann?
 Bitte fügen Sie uns eine Kopie des Pflegebescheids und eine Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei.
 Gibt es einen bestellten Betreuer? Wenn ja, bitte Nachweis beifügen. Nein Ja

b) Wurde bereits oder wird in den nächsten 3 Monaten ein Höherstufungsantrag gestellt? Nein Ja

3. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen in folgenden Bereichen?

a) Gehirn / Nervensystem (Psychosen, Morbus Parkinson, bipolare Störung [manische Depression], Multiple Sklerose, Demenz) Nein Ja

b) Knochen / Gelenke (Glasknochenkrankheit, Osteoporose / Knochenschwund) Nein Ja
 Wenn ja, wieviele Brüche haben Sie in den letzten fünf Jahren erlitten?

c) Wirbelsäule (Morbus Bechterew, Kyphoskoliose) Nein Ja

4. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell nachstehende Erkrankungen?

- a) Erhöhte Blutungsneigung – angeboren (z.B. Hämophilie A oder B, Willebrand-Jürgens-Syndrom, gestörte Funktion der Blutplättchen) oder durch Medikamenteneinnahme (Gerinnungshemmer, z.B. Marcumar) Nein Ja
- b) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Nein Ja
- c) Sucht / Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Beruhigungs- oder Aufputschmittel) Nein Ja
- d) Kurzsichtigkeit (ab 8 Dioptrien) Nein Ja
- e) HIV-Infektion / AIDS Nein Ja
- f) Trisomie 21 / Downsyndrom Nein Ja

5. Sie haben mindestens eine Frage der Ziffern 3 und 4 bejaht? Dann beantworten Sie uns bitte möglichst genau und separat für jede einzelne Erkrankung, Gebrechen oder Funktionsstörung noch die folgenden Fragen.

Seit wann bestehen die Beschwerden bzw. bis wann bestanden sie?

Mit welchen Medikamenten werden oder wurden diese behandelt?

Bitte reichen Sie auch aussagekräftige Unterlagen zu den Erkrankungen und Behandlungsmethoden ein.

- 6. a) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Diabetes“ einverstanden? Nein Ja
- b) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Hämophilie / blutgerinnungshemmende Medikamente“ einverstanden? Nein Ja

B Fragen zu Ihren Tätigkeiten in Beruf, Freizeit und Hobby

1. Treiben Sie Sport? Nein Ja

a) Wenn ja, geben Sie bitte die Sportarten an.

b) Wie oft im Jahr betreiben Sie diese Sportart(en)? Betreiben Sie sie als Leistungssport? Nehmen Sie an Wettkämpfen bzw. an Rennen teil?

2. Benutzen Sie Sportwagen, Rennwagen, Motorräder, Motorboote, Segelboote, Privatflugzeuge oder anderes Fluggerät? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

3. Haben Sie handwerkliche oder ähnliche Hobbys (z. B. Tischler- und Schreinerarbeiten, Elektroarbeiten, Metallarbeiten)? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

4. Nehmen Sie an Expeditionen, Abenteuerurlauben, Höhlenforschungen, Rettungseinsätzen o. Ä. teil? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

C Fragen zu weiteren Versicherungen

Fragen zu weiteren beantragten oder bestehenden Versicherungen gegen das Unfallrisiko (bitte auch Gruppenversicherungen bzw. Absicherungen über Versorgungswerke angeben):

1. Unfallversicherungen

Mit welchen Leistungen und Versicherungssummen sind Sie zurzeit unfallversichert? Bei welchen Versicherungsgesellschaften? Haben Sie weitere Unfallversicherungen beantragt? Sind in den letzten fünf Jahren Anträge bzw. Verträge abgelehnt bzw. aufgehoben oder gekündigt worden? Aus welchen Gründen? Welche Unfalleistungen haben Sie aus noch bestehenden oder früheren Verträgen erhalten?

2. Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Bitte sinngemäß zu diesen Versicherungen die gleichen Fragen wie zu 1. beantworten.

Zusätzliche Fragen:

Haben Sie bei Ihrer(n) Lebensversicherung(en) eine Verdoppelung der Versicherungssummen bei Tod durch Unfall vereinbart?

Nein Ja

Vereinbarte Höhe der Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

--

Schweigepflichtentbindungserklärung

Datenschutz: Die auf der Rückseite abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) sorgfältig durchgelesen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen, ab. Dazu zählen:

1. **Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner (unserer) Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG**
2. **Weitergabe meiner (unserer) Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung 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 meiner (unserer) Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en).

Unterschriften

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, ggf. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Vermittlers	GSt / Orga / Spezi / FB

**Zusatzklärung
zur Unfallversicherung – Risikofragen**
Risikoträger: ERGO Versicherung AG

DMS 90728



Bei Zutreffendes bitte ankreuzen.

ERGO Unfallschutz Vital Firmen (Gruppen-Unfall)

Versicherungsschein-Nr. Kunden-Nr. Neukunde Zum Antrag vom

Zu versichernde Person

Vorname m w Geburtsdatum selbstständig
 Name Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)
 Straße und Hausnummer Telefon mobil (freiwillige Angabe)
 PLZ Wohnort Berufstätigkeit/Branche (freiwillige Angabe)
 E-Mail (freiwillige Angabe)

Werden die in dieser Zusatzklärung 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. Sie haben dann von Anfang an keinen 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 Risikoausschlusses oder einer Beitragserhöhung, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Risikoausschlusses kann Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.

Diese Zusatzklärung bildet einen wesentlichen Bestandteil Ihrer beantragten/oben genannten Unfallversicherung.
Bitte beantworten Sie die Fragen in den Abschnitten A, B und C.

A Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten? Nein Ja
 Wenn ja, bei welcher Tätigkeit mit welchen Unfallfolgen?

2. Besteht aktuell eine Pflegebedürftigkeit? Nein Ja
 a) Wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt
 Welcher Pflegegrad liegt vor? Seit wann?
 Bitte fügen Sie uns eine Kopie des Pflegebescheids und eine Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei.
 Gibt es einen bestellten Betreuer? Wenn ja, bitte Nachweis beifügen. Nein Ja
 b) Wurde bereits oder wird in den nächsten 3 Monaten ein Höherstufungsantrag gestellt? Nein Ja

3. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen in folgenden Bereichen?
 a) Gehirn / Nervensystem (Psychosen, Morbus Parkinson, bipolare Störung [manische Depression], Multiple Sklerose, Demenz) Nein Ja
 b) Knochen / Gelenke (Glasknochenkrankheit, Osteoporose / Knochenschwund) Nein Ja
 Wenn ja, wieviele Brüche haben Sie in den letzten fünf Jahren erlitten?
 c) Wirbelsäule (Morbus Bechterew, Kyphoskoliose) Nein Ja

4. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell nachstehende Erkrankungen?

- a) Erhöhte Blutungsneigung – angeboren (z.B. Hämophilie A oder B, Willebrand-Jürgens-Syndrom, gestörte Funktion der Blutplättchen) oder durch Medikamenteneinnahme (Gerinnungshemmer, z.B. Marcumar) Nein Ja
- b) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Nein Ja
- c) Sucht / Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Beruhigungs- oder Aufputschmittel) Nein Ja
- d) Kurzsichtigkeit (ab 8 Dioptrien) Nein Ja
- e) HIV-Infektion / AIDS Nein Ja
- f) Trisomie 21 / Downsyndrom Nein Ja

5. Sie haben mindestens eine Frage der Ziffern 3 und 4 bejaht? Dann beantworten Sie uns bitte möglichst genau und separat für jede einzelne Erkrankung, Gebrechen oder Funktionsstörung noch die folgenden Fragen.

Seit wann bestehen die Beschwerden bzw. bis wann bestanden sie?

Mit welchen Medikamenten werden oder wurden diese behandelt?

Bitte reichen Sie auch aussagekräftige Unterlagen zu den Erkrankungen und Behandlungsmethoden ein.

- 6. a) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Diabetes“ einverstanden? Nein Ja
- b) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Hämophilie / blutgerinnungshemmende Medikamente“ einverstanden? Nein Ja

B Fragen zu Ihren Tätigkeiten in Beruf, Freizeit und Hobby

1. Treiben Sie Sport? Nein Ja

a) Wenn ja, geben Sie bitte die Sportarten an.

b) Wie oft im Jahr betreiben Sie diese Sportart(en)? Betreiben Sie sie als Leistungssport? Nehmen Sie an Wettkämpfen bzw. an Rennen teil?

2. Benutzen Sie Sportwagen, Rennwagen, Motorräder, Motorboote, Segelboote, Privatflugzeuge oder anderes Fluggerät? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

3. Haben Sie handwerkliche oder ähnliche Hobbys (z. B. Tischler- und Schreinerarbeiten, Elektroarbeiten, Metallarbeiten)? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

4. Nehmen Sie an Expeditionen, Abenteuerurlaube, Höhlenforschungen, Rettungseinsätzen o. Ä. teil? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

C Fragen zu weiteren Versicherungen

Fragen zu weiteren beantragten oder bestehenden Versicherungen gegen das Unfallrisiko (bitte auch Gruppenversicherungen bzw. Absicherungen über Versorgungswerke angeben):

1. Unfallversicherungen

Mit welchen Leistungen und Versicherungssummen sind Sie zurzeit unfallversichert? Bei welchen Versicherungsgesellschaften? Haben Sie weitere Unfallversicherungen beantragt? Sind in den letzten fünf Jahren Anträge bzw. Verträge abgelehnt bzw. aufgehoben oder gekündigt worden? Aus welchen Gründen? Welche Unfalleistungen haben Sie aus noch bestehenden oder früheren Verträgen erhalten?

2. Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Bitte sinngemäß zu diesen Versicherungen die gleichen Fragen wie zu 1. beantworten.

Zusätzliche Fragen:

Haben Sie bei Ihrer(n) Lebensversicherung(en) eine Verdoppelung der Versicherungssummen bei Tod durch Unfall vereinbart?

Nein Ja

Vereinbarte Höhe der Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

--

Schweigepflichtentbindungserklärung

Datenschutz: Die auf der Rückseite abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) sorgfältig durchgelesen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen, ab. Dazu zählen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner (unserer) Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG
2. Weitergabe meiner (unserer) Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung 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 meiner (unserer) Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en).

Unterschriften

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, ggf. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Vermittlers	GSt / Orga / Spezi / FB

Zusatzklärung zur Unfallversicherung – Risikofragen

Risikoträger: ERGO Versicherung AG

DMS 90728



Bei Zutreffendes bitte ankreuzen.

ERGO Unfallschutz Vital Firmen (Gruppen-Unfall)

Versicherungsschein-Nr. Kunden-Nr. Neukunde Zum Antrag vom

Zu versichernde Person

Vorname <input type="text"/>	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>	selbstständig <input type="checkbox"/>
Name <input type="text"/>	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>		
Straße und Hausnummer <input type="text"/>	Telefon mobil (freiwillige Angabe) <input type="text"/>		
PLZ <input type="text"/>	Wohnort <input type="text"/>	Berufstätigkeit/Branche (freiwillige Angabe) <input type="text"/>	
E-Mail (freiwillige Angabe) <input type="text"/>			

Werden die in dieser Zusatzklärung 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. Sie haben dann von Anfang an keinen 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 Risikoausschlusses oder einer Beitragserhöhung, wird auf unser Verlangen rückwirkend, bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode wirksam. Durch die rückwirkende Einfügung eines Risikoausschlusses kann Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall ebenfalls entfallen.

Diese Zusatzklärung bildet einen wesentlichen Bestandteil Ihrer beantragten/oben genannten Unfallversicherung.
Bitte beantworten Sie die Fragen in den Abschnitten A, B und C.

A Fragen zu Ihrer Gesundheit

- 1. Haben Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten?** Nein Ja
Wenn ja, bei welcher Tätigkeit mit welchen Unfallfolgen?
- 2. Besteht aktuell eine Pflegebedürftigkeit?** Nein Ja
a) Wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt
Welcher Pflegegrad liegt vor? Seit wann?
Bitte fügen Sie uns eine Kopie des Pflegebescheids und eine Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei.
Gibt es einen bestellten Betreuer? Wenn ja, bitte Nachweis beifügen. Nein Ja
b) Wurde bereits oder wird in den nächsten 3 Monaten ein Höherstufungsantrag gestellt? Nein Ja
- 3. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen in folgenden Bereichen?**
a) Gehirn / Nervensystem (Psychosen, Morbus Parkinson, bipolare Störung [manische Depression], Multiple Sklerose, Demenz) Nein Ja
b) Knochen / Gelenke (Glasknochenkrankheit, Osteoporose / Knochenschwund) Nein Ja
Wenn ja, wieviele Brüche haben Sie in den letzten fünf Jahren erlitten?
c) Wirbelsäule (Morbus Bechterew, Kyphoskoliose) Nein Ja

4. Bestanden in den letzten fünf Jahren oder bestehen aktuell nachstehende Erkrankungen?

- a) Erhöhte Blutungsneigung – angeboren (z.B. Hämophilie A oder B, Willebrand-Jürgens-Syndrom, gestörte Funktion der Blutplättchen) oder durch Medikamenteneinnahme (Gerinnungshemmer, z.B. Marcumar) Nein Ja
- b) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Nein Ja
- c) Sucht / Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Beruhigungs- oder Aufputschmittel) Nein Ja
- d) Kurzsichtigkeit (ab 8 Dioptrien) Nein Ja
- e) HIV-Infektion / AIDS Nein Ja
- f) Trisomie 21 / Downsyndrom Nein Ja

5. Sie haben mindestens eine Frage der Ziffern 3 und 4 bejaht? Dann beantworten Sie uns bitte möglichst genau und separat für jede einzelne Erkrankung, Gebrechen oder Funktionsstörung noch die folgenden Fragen.

Seit wann bestehen die Beschwerden bzw. bis wann bestanden sie?

Mit welchen Medikamenten werden oder wurden diese behandelt?

Bitte reichen Sie auch aussagekräftige Unterlagen zu den Erkrankungen und Behandlungsmethoden ein.

- 6. a) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Diabetes“ einverstanden? Nein Ja
- b) Sind Sie mit Rücksicht auf die gesundheitlichen Verhältnisse mit einem speziellen Leistungsausschluss „Hämophilie / blutgerinnungshemmende Medikamente“ einverstanden? Nein Ja

B Fragen zu Ihren Tätigkeiten in Beruf, Freizeit und Hobby

1. Treiben Sie Sport? Nein Ja

a) Wenn ja, geben Sie bitte die Sportarten an.

b) Wie oft im Jahr betreiben Sie diese Sportart(en)? Betreiben Sie sie als Leistungssport? Nehmen Sie an Wettkämpfen bzw. an Rennen teil?

2. Benutzen Sie Sportwagen, Rennwagen, Motorräder, Motorboote, Segelboote, Privatflugzeuge oder anderes Fluggerät? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

3. Haben Sie handwerkliche oder ähnliche Hobbys (z. B. Tischler- und Schreinerarbeiten, Elektroarbeiten, Metallarbeiten)? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

4. Nehmen Sie an Expeditionen, Abenteuerurlaube, Höhlenforschungen, Rettungseinsätzen o. Ä. teil? Nein Ja

Wenn ja, dann bitte nähere Angaben.

C Fragen zu weiteren Versicherungen

Fragen zu weiteren beantragten oder bestehenden Versicherungen gegen das Unfallrisiko (bitte auch Gruppenversicherungen bzw. Absicherungen über Versorgungswerke angeben):

1. Unfallversicherungen

Mit welchen Leistungen und Versicherungssummen sind Sie zurzeit unfallversichert? Bei welchen Versicherungsgesellschaften? Haben Sie weitere Unfallversicherungen beantragt? Sind in den letzten fünf Jahren Anträge bzw. Verträge abgelehnt bzw. aufgehoben oder gekündigt worden? Aus welchen Gründen? Welche Unfallleistungen haben Sie aus noch bestehenden oder früheren Verträgen erhalten?

2. Lebens-, Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen

Bitte sinngemäß zu diesen Versicherungen die gleichen Fragen wie zu 1. beantworten.

Zusätzliche Fragen:

Haben Sie bei Ihrer(n) Lebensversicherung(en) eine Verdoppelung der Versicherungssummen bei Tod durch Unfall vereinbart?

Nein Ja

Vereinbarte Höhe der Leistungen bei Berufsunfähigkeit?

--

Schweigepflichtentbindungserklärung

Datenschutz: Die auf der Rückseite abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe(n) ich (wir) sorgfältig durchgelesen. Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Gesundheitsdaten und von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen, ab. Dazu zählen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner (unserer) Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG
2. Weitergabe meiner (unserer) Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung 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 meiner (unserer) Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en).

Unterschriften

Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, ggf. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Vermittlers	GSt / Orga / Spezi / FB
-------	--	------------------------------	-------------------------

--	--	--	--

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 Zusatzklärung zum Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die ERGO Versicherung 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, wie z. B. den Assistenten, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter den bei den **Datenschutzhinweisen** angegebenen Kontaktdaten der ERGO Versicherung 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 sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten

- durch die ERGO Versicherung AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung 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.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG

Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung AG die von mir in dieser Zusatzklärung zum Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung AG

Die ERGO Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Erstellung der ERGO Unfallkarte, die Beauftragung einer Assistenzleistung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung auf die 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 uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de unter der Rubrik „Rechtliche Hinweise“ eingesehen oder bei 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 Versicherung 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 ERGO Versicherung 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.

2.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild von dem Risiko machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag 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 Versicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ERGO Versicherung AG das Risiko 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 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 ERGO Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Versicherung 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 Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte 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, speichert die ERGO Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahrs nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahrs der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

