

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall

Es steht dem Versicherten frei, für jedes Auskunftsersuchen eine Einzelermächtigung zu erteilen. Die Entscheidung für eine Einzelfallermächtigung kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Ferner weisen wir darauf hin, dass der Versicherer bei dieser alternativen Vorgehensweise nach höchstrichterlicher Rechtsprechung berechtigt ist, den hierdurch entstehenden besonderen Aufwand – unabhängig vom Ausgang des Prüfungsverfahrens – für jede Einzelanfrage dann ersetzt zu verlangen.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Rückantwort

neue leben
Pensionsverwaltung AG
Postfach 10 47 07
20032 Hamburg

ART: 6120

versicherte Person: _____
geboren am: _____

Fragebogen zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Das gleiche gilt für die Zusatzfragebögen (falls für Sie zutreffend). Bitte beantworten Sie alle Fragen ausführlich, denn nur so können zeitaufwendige Rückfragen vermieden werden. Bitte kontrollieren Sie vor Absendung des Fragebogens, ob Sie alle im Fragebogen angeforderten Unterlagen beigefügt haben.

1. Unter welcher Telefonnummer sind Sie zu erreichen?

oder

2. Aus welchen gesundheitlichen Gründen halten Sie sich für berufsunfähig?

2.1 Wann haben Sie die Beschwerden zum ersten Mal bemerkt?

2.2 Seit wann halten Sie sich für berufsunfähig?

2.3 Wann wurde die ärztliche Behandlung aufgenommen?

2.4 Welcher Arzt hat Sie wegen der vorliegenden Beschwerden zuerst untersucht bzw. behandelt?

Name und Fachrichtung _____

Straße und Ort _____

wann _____

Versicherungsnummer:

Seite 2 von 11

versicherte Person: _____
geboren am: _____

2.5 Von welchem Arzt werden Sie wegen der vorliegenden Beschwerden derzeit behandelt?

Name und Fachrichtung _____

Straße und Ort _____

2.6 Wer ist Ihr Hausarzt? (Falls nicht bereits unter der Frage 2.4 angegeben)

Name und Fachrichtung _____

Straße und Ort _____

2.7 Von welchen anderen Ärzten oder Krankenhäusern sind Sie noch behandelt oder untersucht worden?

(Bitte genaue Anschrift und bei Krankenhäusern die zuständige Station oder den Bereich angeben.)

Behandlungszeitraum Name und Anschrift des Arztes, Krankenhäuser etc.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

2.8 Sind Sie noch wegen anderer Krankheiten behandelt worden?

Wenn ja, weswegen, wann und von welchem Arzt / Krankenhaus ?

Behandlungszeitraum Name und Anschrift des Arztes, Krankenhäuser etc.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Versicherungsnummer:

PPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPP

Seite 3 von 11

versicherte Person: _____
geboren am: _____

3. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt?

Haben Sie diese Tätigkeit als

- Arbeiter / Angestellter
 Beamter Freiberufler oder Selbstständiger ausgeübt?

3.1 Wer war oder ist Ihr Arbeitgeber (Name und Anschrift)?

3.2 Welche Tätigkeiten haben Sie hauptsächlich ausgeführt?

(Als Selbständiger oder Geschäftsführer einer GmbH füllen Sie bitte außerdem den Zusatzfragebogen aus.)

Worin bestand Ihre berufliche Tätigkeit im Einzelnen vor Eintritt der jetzigen gesundheitlichen Beschwerden an einem gewöhnlichen Arbeitstag? Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Teiltätigkeiten mit zeitlicher Aufgliederung an und nennen Sie ggf. auf der Rückseite weitere Teiltätigkeiten, die Sie ausgeübt haben.

Hauptaufgaben	durchschnittlicher Zeitaufwand täglich
Handwerkliche und körperliche Aufgaben	
<input type="checkbox"/> Körperliche Arbeit	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Körperliche Arbeit mit maschineller Unterstützung	_____ Stunden
Kaufmännische Aufgaben	
<input type="checkbox"/> Kundenberatung, Führen von Akquisitionsgesprächen	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Rechnungsprüfung und Rechnungsbearbeitung	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Kalkulation und Buchhaltung	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Erstellung von Kostenvoranschlägen und Angeboten	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Ausarbeitung von Verträgen, Konzepten, Kostenplänen, Strategien etc.	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Teilnahme an Besprechungen	_____ Stunden
Leitende und Aufsichtsführende Aufgaben	
<input type="checkbox"/> Aufsichtstätigkeiten	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Einarbeitung, Anweisung und Führung von Mitarbeitern	_____ Stunden
Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Wissenschaftliche, forschende, lehrende Arbeiten	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Künstlerische, kreative Arbeiten	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Bedienung von Maschinen, Computern	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Führen von Kraftfahrzeugen	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	_____ Stunden

versicherte Person: _____
geboren am: _____

3.2.1 Welche Belastungen waren für Sie mit der Ausübung dieser Tätigkeit verbunden?

Art der Tätigkeit am Arbeitsplatz

- Ständig stehend An laufender Maschine
- Gehend und stehend Oft in gebückter Haltung
- Ständig sitzend Oft mit erhobenen Armen
- Im Wechsel von Stehen/Gehen/Sitzen Oft kniend, hockend usw.
- Überwiegend Heben und Tragen von Lasten
 - bis 7 kg über 7 - 20 kg über 20 kg
 - bis 7 kg, selten Lasten über 7 - 20 kg bis 20 kg, selten Lasten über 20 kg
- Auf Leitern und Gerüsten
- Hautbelastende Tätigkeiten
- Arbeiten im Freien, bei Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen
- Arbeiten bei künstlichem Licht
- Arbeiten bei starken Lärm zeitweilig dauernd
- Arbeiten bei starker Rauch- oder Staubentwicklung zeitweilig dauernd
- Sonstiges

3.2.2 Arbeitszeit und Arbeitsweise

- Regelmäßig Zweischicht
- Unregelmäßig Nachtschicht
- Halbtags Akkord (Einzel-, Stück- oder Gruppenakkord)
- Teilarbeitszeit Stunden und Tage in der Woche _____

Versicherungsnummer:

Seite 6 von 1#

versicherte Person: _____
geboren am: _____

3.4 Sind Sie zurzeit noch berufstätig (auch Teilzeit)? ja nein

Wenn ja, wie viel Stunden arbeiten Sie zurzeit täglich? _____ Stunden

Wie viele Arbeitstage je Woche? _____ Tage

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie heute noch aus?

Geben Sie bitte die einzelnen Teiltätigkeiten an, die Sie ausüben und tragen Sie jeweils den durchschnittlichen Zeitaufwand ein.

Hauptaufgaben	durchschnittlicher Zeitaufwand täglich
<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden
	insgesamt _____ Stunden

Sonstige Aufgaben

<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden
<input type="checkbox"/> _____	_____ Stunden

3.5 Sind Sie zurzeit arbeitslos gemeldet? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arbeitsamt und seit wann?

Arbeitsamt _____

Stamm-Nr. _____

Berufsklassenzahl _____

Arbeitslos gemeldet seit _____

4. Welche abgeschlossene Ausbildung haben Sie?

Schulbildung

- keine
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Fachoberschulabschluss
- Sonstige

Berufsbildung

- keine
- Gesellen- /Facharbeiter-Prüfung
- Meisterprüfung
- Kaufmannsgehilfen-Prüfung
- Studienabschluss/Fachrichtung

_____ Sonstige

versicherte Person: _____
geboren am: _____

- 4.1 Haben Sie an sonstigen Umschulungen, Lehrgängen, Fernlehrgängen oder Kursen teilgenommen oder Zusatzqualifikationen (z.B. REFA-, Ausbildereignungsprüfung, Computerkurse, Sprachkurse usw.) erworben?

Art der Ausbildung: _____

Dauer der Ausbildung: _____

Sonstiges: _____

- 4.2 Beschreiben Sie bitte Ihren beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge. Bitte fügen Sie alle Zeugnisse über Ihre beruflichen Abschlüsse in Kopie bei, z.B. Gesellen-, Facharbeiter-, Meister- oder Kaufmannsgehilfen-Brief etc.

Tätigkeit	von	bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5. Für die Beurteilung Ihrer Lebensstellung (siehe § 2 der Versicherungsbedingungen) benötigen wir Angaben zu Ihrem Einkommen. Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen / Gewinn und Verlust vor Eintritt Ihrer Erkrankung? (Bitte die letzten 3 Jahre berücksichtigen)

Jahr	Betrag
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wieviel verdienen Sie jetzt nach Eintritt Ihrer Erkrankung (Bruttoeinkommen)?

Jahr	Betrag
_____	_____

Bitte belegen Sie uns Ihr Einkommen / Gewinn aus den letzten 3 Jahren entweder durch Einkommens- bzw. Lohnsteuerbescheide des Finanzamtes, Gehaltsabrechnungen des Arbeitgebers oder Gewinn- und Verlustrechnungen bzw. Bilanzen. Wurden diese Unterlagen der vergangenen 3 Jahre noch nicht erstellt, so genügen uns zunächst die letzten 3 vorliegenden Nachweise. Vielen Dank.

6. Ist eine berufliche Neuorientierung geplant?

ja

nein

Nicht erforderlich,
da ich beabsichtige meine bisherige
Tätigkeit wieder aufzunehmen.

versicherte Person: _____
geboren am: _____

6.1 Wird eine Umschulung/Berufsförderungsmaßnahme durchgeführt, geplant, beantragt oder bewilligt?

geplant beantragt bewilligt nein

Wenn ja, auf welchen Beruf soll umgeschult werden, wann soll die Umschulung beginnen und wann enden? Bitte fügen Sie Kopien des Antrages, des Umschulungsbescheides etc. bei.

Umschulungsberuf _____

Beginn _____ Ende _____

Zuständiger Träger, Anschrift und das dortige Aktenzeichen

6.2 Oder soll eine sonstige berufliche Veränderung erfolgen? Falls ja, was ist geplant?

Berufliche Tätigkeit (geplant) _____

Beginn _____ Ende _____

6.2.1 Falls nein, warum ist keine berufliche Veränderung geplant?

7. Wie lautet Ihre Sozialversicherungsnummer? _____

Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bei einem Sozialversicherungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung ehemals LVA / BfA / Seekasse etc.)?

ja nein keine Ansprüche, da _____

Anschrift des Sozialversicherungsträgers und das dortige Aktenzeichen

7.1 Beziehen Sie bereits eine Sozialversicherungsrente? ja nein

Bitte fügen Sie einen evtl. vorhandenen Rentenbescheid vollständig in Kopie bei.

7.2 Sofern Sie keine Rente beziehen:

Haben Sie eine Rente beantragt? ja nein

Werden Sie eine Rente beantragen? ja, am _____ nein

versicherte Person: _____
geboren am: _____

7.3 Wenn Sie bislang keine Sozialversicherungsrente beantragt haben oder bereits erhalten, geben Sie uns bitte die Gründe hierfür an.

Wurde der Rentenanspruch abgewiesen? ja, Kopie des Bescheides ist beigelegt nein

Haben Sie hiergegen Widerspruch eingelegt? ja, am _____ nein

Sonstige Gründe _____

8. Haben Sie einen Antrag gemäß dem Schwerbehindertengesetz bei Ihrem zuständigen Versorgungsamt gestellt?

ja nein

Datum der Anmeldung _____

Aktenzeichen _____

Zuständiges Versorgungsamt _____

Anschrift _____

Falls Sie bereits einen Schwerbehindertenausweis besitzen, so reichen Sie uns bitte eine Kopie Ihres Bewilligungsbescheides ein.

8.1 Falls nein, warum haben Sie bislang keinen Antrag gestellt?

9. Sind Sie noch bei anderen Gesellschaften gegen Berufsunfähigkeit versichert?

Ich bin bei keiner weiteren Gesellschaft gegen Berufsunfähigkeit versichert.

Ich bin bei folgenden Gesellschaften gegen Berufsunfähigkeit versichert:

Name	Anschrift	Versicherungsnummer
------	-----------	---------------------

1. _____

2. _____

10. Haben Sie Leistungen bei der Berufsgenossenschaft aufgrund eines Unfalles oder einer Berufskrankheit beantragt? Wenn ja, bitte vollständig beantworten.

ja nein

Datum der Anmeldung _____

Aktenzeichen _____

Berufsgenossenschaft _____

Anschrift _____

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bewilligungsbescheides bei.

versicherte Person: _____
geboren am: _____

11. Bitte geben Sie für die Überweisung etwaiger Versicherungsleistungen Ihr Konto an.

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

12. Wie sind Sie krankenversichert? Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

gesetzlich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung

privat familienversichert über den Ehegatten in GKV

Name und Anschrift _____

Mitgliedsnummer _____

Beginn der Mitgliedschaft _____

12.1 Waren Sie vorher bei einer anderen Krankenkasse versichert oder sind Sie privat zusatzversichert? Wenn ja, bitte vollständig beantworten.

ja nein

Name und Anschrift _____

Mitgliedsnummer _____

Beginn und Ende der Mitgliedschaft _____

Gegebenenfalls weitere Krankenkassen _____

12.2 Nach § 22a Einkommenssteuergesetz (EStG) sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, der zentralen Stelle für Altersvermögen (ZfA) jährlich, auf elektronischem Wege, eine Mitteilung über den Rentenbezug bzw. über den Bezug von Leistungen zu übermitteln. Diese neue Steuer-ID besteht aus elf Ziffern und ist nicht mit der Steuernummer aus Ihrer Einkommenssteuer-Erklärung identisch.

Für diese Meldung benötigen wir Ihre persönliche Steuer-Identifikations-Nummer

Steuer-Identifikations-Nummer _____

Versicherungsnummer:

Seite 11 von 11

versicherte Person: _____
geboren am: _____

12.3 Etwaige Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung unterliegen der Krankenversicherungspflicht, sofern Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Für die gesetzlich vorgesehene Meldung an die Krankenkasse benötigen wir die Anzahl Ihrer Kinder.

Anzahl der Kinder _____

Bitte fügen Sie als Nachweis jeweils eine Kopie der Abstammungsurkunde/n Ihres/Ihrer Kindes/Kinder bei.

Schlussklärung

Ich versichere, die vorstehenden Fragen richtig beantwortet zu haben. Meine Wahrheitspflicht ist mir bekannt. Eine grob fahrlässig oder vorsätzlich falsche Beantwortung der Fragen kann zu einer Leistungsfreiheit führen.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Wichtige Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die neue leben Pensionskasse AG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

am 25. Mai 2018 wurde die EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wirksam, die den Datenschutz für Bürger in der Europäischen Union deutlich stärkt. Wir als Ihr Versicherer legen großen Wert auf die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten und haben uns daher bereits seit 2014 im Rahmen des Datenschutzkodex des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, umfassende Datenschutz- und Datensicherheitskonzepte einzuhalten, um damit die Daten unserer Kunden im besonderen Maße zu schützen.

Erstmals wurde ein EU-weit einheitliches Regelwerk zum Datenschutz geschaffen, das für bestimmte Rechtsfragen zulässige Handlungsspielräume der Mitgliedstaaten zulässt, die Deutschland durch ein neues Bundesdatenschutzgesetz auf nationaler Ebene ausgestaltet. Das Bundesdatenschutzgesetz trat ebenfalls am 25.05.2018 in Kraft.

Durch die Vereinheitlichung der Datenschutzregelungen in den einzelnen EU-Mitgliedsstaaten hob sich das Datenschutzniveau in den EU-Mitgliedstaaten an, indem die Rechte von Betroffenen gestärkt und die Verpflichtungen für Unternehmen erhöht wurden.

Was bedeutet das für Sie?

Damit Sie die einzelnen Aspekte und Auswirkungen des neuen Datenschutzrechts besser einordnen können, geben wir Ihnen mit den beigefügten Datenschutzhinweisen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die neue leben Pensionskasse AG. Beschrieben sind darin auch Ihre erweiterten Rechte, wie sie sich aus der DSGVO ergeben.

Die Einhaltung der Gesetze und regulatorischen Vorgaben sind uns und unseren Mitarbeitern ein hohes Anliegen. Ebenfalls gewährleisten wir den rechtmäßigen und sensiblen Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten. Weitere Informationen über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten entnehmen Sie bitte den beigefügten Datenschutzhinweisen.

Bitte geben Sie diese Informationen auch den aktuellen und / oder künftigen vertretungsberechtigten Personen und / oder wirtschaftlichen Berechtigten, wie z.B. anderen versicherten Personen oder Begünstigten im Todesfall.

Datenschutzhinweis

Mit diesen Hinweisen möchten wir Sie über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den unten benannten Verantwortlichen und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zustehenden Rechte informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

neue leben Pensionskasse AG
Sachsenstraße 8
20097 Hamburg
Telefon: 040 / 238 91 - 0, Fax: 040 / 238 91 - 333
E-Mail: info@neueleben.de

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse des Verantwortlichen mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter / Group Data Protection - oder per E-Mail unter privacy@talanx.com

Rechtsgrundlagen und Zwecke der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlichen relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.neue-leben.de/datenschutz abrufen.

Vor Abschluss des bei uns bestehenden Versicherungsvertrags haben wir die von Ihnen gemachten personenbezogenen Angaben zum einen zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Risikoprüfung (inklusive Risikoausschluss und -erhöhung) und zum anderen im Rahmen der Tarifierung und Annahmeprüfung, die für den Abschluss eines Versicherungsvertrages erforderlich sind, benötigt. Diese Daten verarbeiten wir zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, insbesondere zur Vertragspolizierung, Sanierungsprüfung, Rechnungsstellung, In- und Exkasso, Rückversicherungsabrechnung, Abrechnung gegenüber Dritten wie z.B. Vermittlern, Tarifanpassung bzw. Tarifoptimierung, Betrugsabwehr und zur Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Kontrollen.

Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht zwingend für den Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages notwendig ist, erfolgen Ihre Angaben auf freiwilliger Basis und sind entsprechend als freiwillige Angabe gekennzeichnet.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife bzw. zur Optimierung bestehender Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit dem oben genannten Verantwortlichen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung und/oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Sanierungsüberprüfung,
- zur postalischen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des Talanx Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht sowie zur Durchführung von gesetzlich notwendigen Kontrollen und gesetzlichen Vorgaben. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten **Rückversicherer:**

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.neue-leben.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden)

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei ist es zur Abwehr von Ansprüchen notwendig, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hierbei ist die Aufbewahrungszeit abhängig von vertraglichen und/oder gesetzlichen Verjährungsfristen und den jeweils entsprechenden Verjährungsvoraussetzungen.

Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum, in dem wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Hamburgischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit
Klosterwall 6 (Block C), 20095 Hamburg

Übersicht der Dienstleister der neue leben Versicherungen*)

Gemäß gesetzlicher Informationspflicht und Datenschutzverhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft

Konzerngesellschaft oder externer Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand			
Dienstleister	Dienstleistung / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten	Auftraggebende Gesellschaft
Barmenia Versicherungen (Vertragspartner) Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (Dienstleister)	Senioren-UV-Hotline, Assistanzenleistungen Senioren-UV	ja	neue leben Unfallversicherung AG
Check Tech Service GmbH	Videoident Verfahren	nein	neue leben Versicherungen*)
Finanz Informatik GmbH & Co KG	Erhebung und Verarbeitung von Antrags- und Bestandsdaten	ja	neue leben Versicherungen*)
HDI Kundenservice AG (HK)	Versicherungsbetrieb, z.B. Betriebsorganisation, Controlling, Kommunikation, Recht, Risikomanagement, Produktsteuern	ja	neue leben Versicherungen*)
IBM Deutschland GmbH (Subdienstleister der HDI Systeme AG)	IT-Rechenzentrum Infrastrukturbetrieb	nein	neue leben Versicherungen*)
IHR Rehabilitations-Dienst GmbH	Assistanceleistungen Kinder-Invaliditätsversicherung	ja	neue leben Unfallversicherung AG
Malteser Hilfsdienst e.V.	Teleinterview Antragsbearbeitung Assistanceleistungen Pflegeversicherung & BU	ja	neue leben Versicherungen*)
MD Medicus GmbH	Assistanceleistungen Pflegeversicherung & BU Ärztl. Untersuchung (Antrag)	ja	neue leben Lebensversicherung AG
Medicals Direct Deutschland GmbH	Ärztl. Untersuchung (Antrag)	ja	neue leben Versicherungen*)
neue leben Lebensversicherung AG	Gesamte Versicherungstätigkeit neue leben Unfallversicherung AG, neue leben Pensionskasse AG	ja	neue leben Unfallversicherung AG, neue leben Pensionskasse AG
Talanx AG (TX)	Revision, Recht, Datenschutz, und Compliance	ja	neue leben Versicherungen*)
HDI Deutschland Bancassurance Communication Center GmbH	Bestandsverw. (Telefonie) Inputmanagement	ja	neue leben Versicherungen*)
HDI Deutschland Bancassurance Kundenservice GmbH	Versicherungsbetrieb, z.B. Antrags-, Bestands- und Leistungsbearbeitung	ja	neue leben Lebensversicherung AG
HDI Pensionsmanagement AG	Vers.-math. Gutachten (bAV)	nein	neue leben Versicherungen*)
HDI Service AG	Rechnungswesen, In-/Exkasso, Personalmanagement, Personalentwicklung, Innere Dienste	nein	neue leben Versicherungen*)
HDI Systeme AG (IT-Konzerndienstleister)	Output Services, Desktop (APS) Services, Anwendungsentwicklung, IT-Services, Print-Services, Anwendungsbetrieb	ja	neue leben Versicherungen*)
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Datenverarbeitung nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist oder die nur regional oder einmalig tätig sind			
Dienstleister	Dienstleistung / Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten	Auftraggebende Gesellschaft
Rechtsanwälte	Bearbeitung von Rechtsfällen	ja	neue leben Versicherungen*)
Lettershops / Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen	nein	neue leben Versicherungen*)
Inkassounternehmen	Forderungseinzug	nein	neue leben Versicherungen*)
Entsorgungsunternehmen	Entsorgung von Papier und elektronischen Datenträgern	ja	neue leben Versicherungen*)
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten	ja	neue leben Versicherungen*)
Sachverständige, Gutachter	Unterstützung bei der Leistungsregulierung / Erstellung medizinischer Gutachten	ja	neue leben Versicherungen*)

Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren teilnehmen

neue leben Lebensversicherung AG, neue leben Unfallversicherung AG, neue leben Pensionskasse AG, neue leben Pensionsverwaltung AG	Gesamte Vertragsverwaltungstätigkeit
--	--------------------------------------

Hinweis: Personenbezogene Daten werden nur an Dienstleister weitergegeben, wenn und soweit dies im jeweiligen Fall für die

Datenverarbeitungszwecke erforderlich ist

*) neue leben Lebensversicherung AG, neue leben Unfallversicherung AG, neue leben Pensionskasse AG, neue leben Pensionsverwaltung AG

Stand: 01.01.2020

Versicherungsnummer:

Seite 1 von 2

Rückantwort

neue leben
Pensionsverwaltung AG
Postfach 10 47 07
20032 Hamburg

ART: 6120

Selbständigen-Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

S 1. Sind sie selbständig oder als geschäftsführender Gesellschafter tätig?

ja nein (Eine weitere Beantwortung dieses Fragebogens entfällt.)

S 1.1 Seit wann sind Sie selbständig (bitte Belege über die Zulassung oder Eintragung des Betriebes beifügen) bzw. als geschäftsführender Gesellschafter tätig?

Datum _____

S 1.2 Geben Sie uns bitte genaue Angaben über die Art des Betriebes (z.B. Produktions- oder Verkaufsgeschäft etc.).

S 1.3 Wie lauten der genaue Firmenname und die Anschrift des Betriebes?

Name _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

S 2. Wo war in der Regel Ihr Arbeitsplatz (z.B. Büro, Praxis, Labor, Werkstatt, Verkaufsräume)?

S 3. Wie viele Mitarbeiter wurden vor Eintritt der jetzigen Beschwerden beschäftigt?

Anzahl im kaufmännischen Bereich _____

Anzahl im handwerklichen Bereich _____

S 4. Führen Sie den Betrieb weiter? ja nein

Wenn ja, mit wievielen Mitarbeitern?

Anzahl im kaufmännischen Bereich _____

Anzahl im handwerklichen Bereich _____

S 4.1 Arbeitet Ihr Ehegatte im Betrieb mit? ja nein

Wenn ja, in welcher Funktion und in welchem Umfang?

S 5. Haben Sie Veränderungen in Ihrem Betrieb vorgenommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

S 5.1 Mussten für Sie Vertretungen oder Ersatzkräfte eingestellt werden? ja nein

wenn ja, wie viele _____

für welche Tätigkeiten _____

seit wann _____

mit welcher Arbeitszeit _____

S 5.2 Haben Sie Ihren Betrieb

abgemeldet? ja, am _____ nein

umgemeldet? ja, am _____ nein

verkauft? ja, am _____ nein

verpachtet? ja, am _____ nein

Bitte reichen Sie eine entsprechende Bescheinigung ein.

S 5.3 Beabsichtigen Sie evtl. Ihren Betrieb abzumelden, umzumelden, zu verkaufen oder zu verpachten?

ja nein

Wenn nein, wer leitet Ihren Betrieb künftig? _____

Wenn ja, ab wann? _____

S 5.4 Wenn Sie Ihren Betrieb übertragen wollen, wer wird der neue Inhaber?

Name _____

Anschrift _____

S 6. Betreiben Sie außerdem Filialen, andere Geschäfte oder Dienstleistungsunternehmen oder waren Sie an solchen beteiligt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und erkläre ausdrücklich, dass die Schlusserklärung des Fragebogens zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit auch für diesen Zusatzfragebogen gilt.

_____, den _____
Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person

neue leben
Pensionsverwaltung AG
Postfach 10 47 07
20032 Hamburg

ART: 6120

Unfall-Zusatzfragebogen zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

U 1. Sind Ihre Beschwerden auf einen Unfall zurückzuführen?

ja

nein

(Eine weitere Beantwortung dieses Fragebogens entfällt.)

U 1.1 Handelt es sich um einen Verkehrsunfall?

ja

nein

U 2. Wann und wo ereignete sich der Unfall?

Datum

Ort

U 2.1 Bitte schildern Sie uns kurz den Unfallhergang.

U 3. Ereignete sich der Vorgang bei einer beruflichen Tätigkeit oder auf dem direkten Weg zur oder von der Arbeit?

ja

nein

U 4. Ist über den Vorgang bei der Polizei ein Protokoll aufgenommen worden?

ja

nein

U 4.1 Wenn ja, wie lautet die genaue Anschrift der Polizeidienststelle und wie lautet die Tagebuch-Nr.?

U 4.2 Wurde Ihnen eine Blutprobe entnommen?

ja

nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

U 5. An welche Staatsanwaltschaft ist die Sache weitergeleitet worden und wie lautet das betreffende Aktenzeichen?

Staatsanwaltschaft

Aktenzeichen

Die Schlusserklärung des Fragebogens zum Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gilt auch für diesen Zusatzfragebogen.

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person

neue leben
Pensionsverwaltung AG
Postfach 10 47 07
20032 Hamburg

ART: 6120

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die neue leben Pensionskasse AG und die neue leben Pensionsverwaltung AG (nachfolgend neue leben), daher Ihre Datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Pensionskasse benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister, 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.

Beanspruchen Sie bei Eintritt des vereinbarten Versicherungsfalles die Erfüllung der Versicherungsleistung, benötigen wir die Angaben zum Schaden sowie zum Schadenshergang, um prüfen zu können, ob das versicherte Risiko eingetreten ist, in welcher Höhe ein Schaden entstanden ist und ob ein Anspruch geltend gemacht werden kann, da möglicherweise Obliegenheitspflichten des Versicherungsnehmers verletzt wurden, die zu einer Leistungskürzung oder Leistungsbefreiung des Versicherers führen können (z.B. vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung und/oder vorsätzliche und grob fahrlässige Herbeiführung des Versicherungsfalles).

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

- durch die neue leben selbst (siehe Punkt 1),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe Punkt 2),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der neue leben (siehe Punkt 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.

Versicherungsnummer:

PPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPPP

Seite 2 von 6

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die neue leben

Ich willige ein, dass die neue leben 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. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der drei nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die neue leben – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die neue leben übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die neue leben an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die neue leben tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die neue leben in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die neue leben einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die neue leben einwillige
- oder

Möglichkeit III:

Ich möchte sämtliche Unterlagen selber beschaffen und einreichen

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die neue leben konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der neue leben

Die neue leben verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die neue leben meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die neue leben zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die neue leben tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 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 des TALANX Konzerns 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.neueleben.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) 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 neue leben 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 neue leben dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 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 den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen 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 neue leben tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) – nicht zutreffend

3.5 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.

Versicherungsnummer:

Seite 6 von 6

Ich willige ein, dass die neue leben 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.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift der versicherten Person (ggf. mitzuversichernden Person)

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertreter