

An
Allianz
10850 Berlin

Vermittler-Nr.: _____
(für evtl. Rückfragen)

Übertragung von Versicherungswerten beim Arbeitgeberwechsel

(zu verwenden bei Übertragungen nach dem Verbandsabkommen¹⁾ und bei Übertragungen außerhalb des Verbandsabkommens nach § 4 Abs. 3 Betr. AVG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Wert der vorhandenen betrieblichen Altersversorgung soll auf

_____ (übernehmender Versorgungsträger) übertragen werden und in eine neue vom Arbeitgeber angebotene betriebliche Altersversorgung eingezahlt werden.

Die betriebliche Altersversorgung beim neuen Arbeitgeber beginnt am _____ (Übertragungstichtag).

neue Vertragsnummer _____ (soweit vorhanden)

Name des Arbeitnehmers: _____

Anschrift des Arbeitnehmers: _____

Geburtsdatum des Versorgungsberechtigten: _____

bisheriger Vertragspartner / Arbeitgeber: _____

bisheriger Versorgungsträger: _____

bisherige Vertrags-Nr.: _____

neuer Vertragspartner / Arbeitgeber: _____

Ggf. Personalnummer: _____

Der Wechsel erfolgt

- von einer Direktversicherung mit Förderung § 40 b EStG in eine Direktversicherung mit Förderung § 40 b EStG
- von einer Direktversicherung mit Förderung § 3.63 EStG in eine Direktversicherung mit Förderung § 3.63 EStG
- von einer Direktversicherung mit Förderung § 3.63 EStG in eine Pensionskassenversicherung mit Förderung § 3.63 EStG
- von einer Pensionskassenversicherung mit Förderung § 3.63 EStG in eine Pensionskassenversicherung mit Förderung § 3.63 EStG
- von einer Pensionskassenversicherung mit Förderung § 3.63 EStG in eine Direktversicherung mit Förderung § 3.63 EStG
- von einer Pensionsfondsversorgung mit Förderung § 3.63 EStG in eine Pensionsfondsversorgung mit Förderung § 3.63 EStG

anderer Wechsel: _____

(Bitte unbedingt den Durchführungsweg mit der entsprechenden steuerlichen Förderung angeben.) Wir prüfen, ob eine Übertragung nach dem Verbandsabkommen möglich ist¹⁾.

Ausscheidetermin beim bisherigen Arbeitgeber: _____

Diensteintrittsdatum beim neuen Arbeitgeber: _____

¹⁾ Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds (Übertragungsabkommen) beim Arbeitgeberwechsel. Dabei ist die Frist von 15 Monaten zu beachten.

Art der Finanzierung und Bezugsrechtsverfügung beim neuen Arbeitgeber

Es wird vereinbart:

- Die künftige Beitragszahlung beruht auf Entgeltumwandlung (Achtung: Es ist eine separate Entgeltumwandlungsvereinbarung erforderlich). Es gilt folgendes Bezugsrecht: Aus der Versicherung ist der Arbeitnehmer hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt.
- **Oder**, falls abweichend bitte ankreuzen:
 - Mischfinanzierung (teils Arbeitgeber- und Arbeitnehmerfinanzierung) Arbeitgeberfinanzierung

Bitte geben Sie bei Misch- oder Arbeitgeberfinanzierung an, ob für die künftigen arbeitgeberfinanzierten Beiträge ein unwiderrufliches Bezugsrecht mit oder ohne Vorbehalt vereinbart werden soll:

Unwiderrufliches Bezugsrecht:

 - ohne Vorbehalt (aus der Versicherung ist der Arbeitnehmer hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt).
 - mit Vorbehalt (aus der Versicherung ist der Arbeitnehmer unter nachfolgendem Vorbehalt hinsichtlich sämtlicher Leistungen unwiderruflich bezugsberechtigt. Wenn das Arbeitsverhältnis vor Eintritt des Versicherungsfalles endet und der Arbeitnehmer zu diesem Zeitpunkt noch keine unverfallbare Anwartschaft hat, hat der Arbeitgeber das Recht, die Versicherungsleistungen für sich in Anspruch zu nehmen, die auf Beiträgen beruhen, die er finanziert hat und die von ihm als Versicherungsnehmer entrichtet worden sind. Unverfallbar ist die Anwartschaft dann, wenn der Arbeitnehmer im Zeitpunkt des Ausscheidens das 25. Lebensjahr vollendet hat und die Versicherung 5 Jahre mit dem Arbeitgeber als Versicherungsnehmer bestanden hat).
 - Es soll eine Beitragszahlung in entgeltlosen Zeiten erfolgen (nur möglich für die vom Arbeitgeber finanzierten Beiträge).

Sämtliche Bezugsrechte sind nicht übertragbar und nicht beleihbar.

Versicherte Leistungen

wie bisher (Standard)

oder

- die Versorgung soll an die Regelungen im Gruppenvertrag des neuen Arbeitgebers nach Tarif _____ angepasst werden

oder

es werden Änderungen zu den bisherigen versicherten Leistungen gewünscht:

Tarif: _____, Dauer der Todesfalleistung: 5 Jahre oder _____ (falls abweichend), Rentenbeginn: _____

Dynamik (bei Förderung nach § 3.63 EStG):

- BBG-Dynamik zzgl. 1.800 EUR geförderter Höchstbeitrag Beitragsdynamik von _____ %
- Gehaltsanpassung gemäß Gruppenvertrag

Beitragszahlung und Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Ggf. neuer Beitrag: _____ EUR monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

- Die Beiträge sollen künftig ab 01. _____ bis auf Widerruf gemäß SEPA-Lastschriftmandat **eingezogen** werden.

- Die Beiträge werden künftig ab _____ von unserem

IBAN (kein Sparkonto) _____

BIC _____

Name und Anschrift des Geldinstitutes

überwiesen.

(**Hinweis:** Die Angabe der Bankverbindung ist auch bei Überweisung der Beiträge für die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz erforderlich. **Ein Beitragseinzug erfolgt nicht!**)

Die erforderliche Identifizierung des Versicherungsnehmers gilt damit als erfüllt.

Nach dem Übertragungstichtag gelten die Vertragsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des übernehmenden Versorgungsträgers. Für neue Versorgungszusagen ist seit dem 21.12.2012 eine geschlechtsunabhängige Kalkulation des Versicherungstarifes (Unisex-Tarif) vorgeschrieben. Dadurch wird die Gleichbehandlung von Männern und Frauen sichergestellt. Wir weisen darauf hin, dass die garantierten Leistungen wegen aktueller Rechnungsgrundlagen kleiner werden können.

Mit der Übernahme des Versicherungsschutzes durch den künftigen Versorgungsträger sollen sämtliche Rechte und Ansprüche gegen den bisherigen Versorgungsträger erlöschen. Dies gilt auch für ein eventuell bestehendes unwiderrufliches Bezugsrecht gegen den bisherigen Versorgungsträger. Bisherige Verfügungen für den Todes- und Erlebensfall werden widerrufen.

Hinweis: Bitte senden Sie die Originalpolice an den bisherigen Versorgungsträger. Eine Kopie der Police bitten wir an uns zu senden (sofern noch nicht geschehen). Der Übertragungswunsch kann nur dann bearbeitet werden, wenn die notwendigen Unterschriften vorliegen (siehe letzte Seite).

Abfrage von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger zur Risikobeurteilung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und die Produktkalkulation kann es seitens des übernehmenden Versorgungsträgers notwendig sein, Informationen zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen und/oder -einschränkungen vom übertragenden Versorgungsträger abzufragen. Diese können Informationen über die Gesundheit des Arbeitnehmers enthalten.

Hierfür benötigt der übernehmende Versorgungsträger vom Arbeitnehmer – zusätzlich zu den „Erklärungen und Hinweisen zur Datenverarbeitung“ auf den letzten beiden Seiten – die unten stehende Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den übertragenden Versorgungsträger, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen an ihn weitergegeben werden müssen.

Der Arbeitnehmer kann dieser Datenerhebung widersprechen. Ohne diese Angaben kann vom übernehmenden Versorgungsträger allerdings keine Risikobeurteilung und Produktkalkulation vorgenommen werden. Alternativ könnten die Angaben vom Arbeitnehmer beim übertragenden Versorgungsträger erfragt und selbst beigebracht werden, was aber zu Verzögerungen führen würde.

Datenschutzrechtliche Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Übermittlung von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass der übernehmende Versorgungsträger – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine vertragsrelevanten Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Übertragungstichtag

Der „Übertragungstichtag“ definiert auch den Zeitpunkt, an dem bei ununterbrochenem Fortbestehen des vollen Versicherungsschutzes die Gefahrtragung im bisherigen oder ähnlichen Umfang vom abgebenden auf den übernehmenden Versorgungsträger unmittelbar übergeht bzw. bei vorausgegangener Unterbrechung bzw. Einschränkung des Versicherungsschutzes vom übernehmenden Versorgungsträger der Versicherungsschutz ohne Einschränkung im ursprünglichen oder ähnlichen Umfang wiederhergestellt wird.

Einwilligung in die Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.

Ich gebe folgende Erklärungen zur Datenverarbeitung ab:

Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung:

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pensionskasse AG bzw. Ihre Allianz Pensionsfonds AG, je nachdem an welchen Versicherer sich Ihre Erklärung richtet (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z. B. Assistance-, Logistik- oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mitversicherte Personen, wie z. B. für 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 den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des 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. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung 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 den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 den Versicherer 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 sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I:

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).

Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Wir verpflichten 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 einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht 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 von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung unmittelbar angefügt 1*).

Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.allianz.de/datenschutz eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 0800 4 100 104, lebensversicherung@allianz.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer 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 uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 BadenBaden, www.informa-irfp.de) betreibt.

Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn hierfür ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für die Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe Ziff. 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder von der Schweigepflicht 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. Einbeziehung von Gutachtern, Annahme mit Risikozuschlägen, Ausschlüsse bestimmter Risiken oder Wartezeiten) 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 von der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittle und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es in der Lebensversicherung möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das HIS (siehe Ziffer 3.4) melden, der anfragende Versicherer für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherer beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im HIS bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

1*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:

Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs AG.

Allianz Konzerngesellschaften (mit * gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG * (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Allianz Managed Operations & Services SE * (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AGA Service Deutschland GmbH * (Assistancedienstleistungen)
- rehacare GmbH *, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH * (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus – Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH * (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- ViaMed GmbH (Medical Consulting, Unterstützung bei der Antrags- und Leistungsprüfung)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb ohne Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden sie per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Ihren Versicherer, die

- Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04 oder lebensversicherung@allianz.de oder *die*
- Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 09 oder krankenversicherung@allianz.de oder *die*

- Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 15 oder sachversicherung@allianz.de oder *die*
- Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin, Telefon 0 30.53 89 36 47 10 oder lebensversicherung@allianz.de oder *die*
- Allianz Pensionskasse AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04 oder lebensversicherung@allianz.de oder *die*
- Allianz Pensionsfonds AG, 10850 Berlin, Telefon 08 00.4 10 01 04 oder lebensversicherung@allianz.de.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie bei Ihrem Versicherer geltend machen, bei der

- Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin oder *der*
- Allianz Private Krankenversicherungs-AG, 10870 Berlin oder *der*
- Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin oder *der*
- Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlin oder *der*
- Allianz Pensionskasse AG, 10850 Berlin oder *der*
- Allianz Pensionsfonds AG, 10850 Berlin.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Ort, Datum

Ort, Datum

(Stempel und Unterschrift des künftigen Vertragspartners/Arbeitgebers)

(versicherter Arbeitnehmer)

Ort, Datum

(Stempel und Unterschrift des bisherigen Arbeitgebers, falls noch Vertragspartner)