

# Einwilligungen zur Datenverarbeitung und Datennutzung

## (Zur Verwendung in der Lebens- und Rentenversicherung mit Gesundheitsprüfung)

### Information zur Verwendung Ihrer Daten bei dem Debeka Lebensversicherungsverein a. G. (im Folgenden Debeka genannt)

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Versicherungsverhältnisses, 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, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter „[www.debeka.de/datenschutz](http://www.debeka.de/datenschutz)“ abrufen können. Eine Übersicht der Unternehmen unserer Debeka-Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie eine Liste der Auftragnehmer und Dienstleister (Dienstleisterübersicht), zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie ebenfalls im Internet abrufen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder senden Ihnen diese per Post zu. Bitte wenden Sie sich dafür an den

Debeka Lebensversicherungsverein a. G.  
Datenschutzbeauftragter  
Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18  
56058 Koblenz  
Telefon: (0261) 498 - 3080  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@debeka.de](mailto:datenschutzbeauftragter@debeka.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 unter der oben angegebenen Adresse geltend machen.

Ihre personenbezogenen Daten können wir ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für Versicherungs- und Finanzprodukte der Unternehmen der Debeka-Gruppe verwenden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die im Antrag genannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

### Einwilligung in die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

**Ich willige ein**, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Verhinderung des Versicherungsmisbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung gemeinsamer Datensammlungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe.

2. zur Einholung von Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung bei den anderen Unternehmen der Debeka-Gruppe oder durch die Beauftragung von Auskunfteien (z. B. infocore Consumer Data GmbH, SCHUFA).

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

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 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 Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir 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, z. B. Vorversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen 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 nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten:

- durch die Debeka selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Debeka (unter 3. und 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (wie z.B. 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

**Ich willige ein**, dass die Debeka, die von mir künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur 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 diese Stellen sowie für uns selbst, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

- Möglichkeit I - generelle Schweigepflichtentbindungserklärung –

**Ich willige ein**, dass die Debeka – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Pflegediensten, 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 Debeka übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Debeka an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Debeka 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 - individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung –

Ich wünsche, dass mich die Debeka in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Debeka einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Debeka einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. 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 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 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.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Möglichkeit I - generelle Schweigepflichtentbindungserklärung –

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 vorstehend 2.1 – Möglichkeit I).

- Möglichkeit II - individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung –

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/den Begünstigten des Vertrags über.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten an Stellen außerhalb der Debeka, 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 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

**Ich willige ein**, dass die Debeka 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 diesen zurückübermittelt werden. Insoweit entbinde ich die für die Debeka tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 4. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

**Ich willige ein**, dass sämtliche von der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung verwendet werden dürfen

- zur Risikobeurteilung und Abwicklung einer Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft und/oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie - sofern erforderlich - ebenfalls entsprechende Daten übermitteln
- zur Beratung, Information und Vermittlung von Versicherungsprodukten oder sonstigen Finanzdienstleistungen der Unternehmen der Debeka-Gruppe. Zu diesem Zweck dürfen sie an den für mich zuständigen Vermittler weitergegeben werden.

Im Rahmen der Beratung und Information dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

### Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz an die Finanzbehörden

**Ich willige ein**, dass der Debeka Lebensversicherungsverein a. G. die steuerlich begünstigten Beiträge unter Verwendung der Steueridentifikationsnummer sowie meiner Vertragsdaten gemäß amtlich vorgeschriebenen Datensatzes an die zentrale Stelle gemäß § 81

Einkommenssteuergesetz übermittelt. Ohne die Einwilligung können meine Beiträge zur Basisrente nicht steuermindernd berücksichtigt werden. Dies gilt auch, wenn ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung zu widerrufen.

### Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme

Änderungen privater Lebensumstände oder gesetzlicher Vorgaben machen eine ständige Überprüfung des Versicherungsschutzes oder der Finanzdienstleistungsverträge erforderlich. Dabei bilden regelmäßige Informationen zu Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukten bzw. zu Entwicklungen im Versicherungs- und Finanzdienstleistungsbereich die Grundlage für eine fundierte Entscheidung über einen angemessenen Versicherungsschutz und den persönlichen Verhältnissen entsprechende Finanzdienstleistungen. Damit wir Sie in Fragen zu Versicherungs- oder Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe\* auf dem Laufenden halten können, benötigen wir die nachfolgende Einwilligung.

Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und für einen Vertragsschluss nicht erforderlich. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags und auch nach Beendigung eines etwaig geschlossenen Vertrags fort. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Debeka-Gruppe\* sowie einzelnen Gesellschaften der Debeka-Gruppe\* widerrufen werden.

- Ich gestatte der Debeka-Gruppe\* bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka-Gruppe\* zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Weg Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Debeka- Gruppe\* zu unterbreiten. Meine Kontaktdaten dürfen von der Debeka-Gruppe\* zu diesem Zweck gespeichert und genutzt werden.
- Ich bin mit der Kontaktaufnahme per Telefon und mittels elektronischer Post nicht einverstanden.

\*Gesellschaften der Debeka-Gruppe sind: Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka Lebensversicherungsverein a. G., Debeka Allgemeine Versicherung AG, Debeka Pensionskasse AG, Debeka Bausparkasse AG, prorente-Debeka Pensions-Management GmbH, Debeka Unterstützungskasse e. V.

### Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, soweit diese die Tragweite dieser Einwilli-

gung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.