

# Mitarbeiter-Anmeldung zu einer privaten Ergänzungsversicherung

zum bestehenden Gruppenversicherungsvertrag mit der Gothaer Krankenversicherung



0. 4 5 9 6 2

ANGVU001

.....  
Versicherungsnummer

.....  
GKR-Agenturnummer

Arbeitgeber /  
Firma

**Bayer AG**

**1 0 7 0 6**

.....  
Vertragspartner der Gruppen-Krankenversicherung / Versicherungsnehmer

.....  
Kollektivvertragsnummer

**Versicherungs-  
fähige Personen**

**Versicherungsfähig** sind **ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** der vorgenannten Firma – Vertragspartner – sowie der mit ihr verbundenen Unternehmen. Externe Dritte, die nicht zu diesem Personenkreis gehören, können keinen rechtsgültigen Vertrag abschließen.

Anmeldender /  
Mitarbeiter /  
versicherte  
Person  
(VP)

.....  
Titel, Vorname, Name

männlich

weiblich

.....  
Straße und Hausnummer

**D**

.....  
Staat

.....  
Postleitzahl

.....  
Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche

.....  
Einstellungsdatum

.....  
Derzeitiger Krankenversicherer (Name der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung)

Freiwillige  
Angaben

.....  
Telefonnummer

.....  
Mobilnummer

.....  
Telefaxnummer

.....  
E-Mailadresse

Beginn der  
Versicherung

.....  
Versicherungsbeginn

**Hinweise** • Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen (zum Versicherungsjahr s. Tarifbedingungen). Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

**Beitragszahlung**

Die Teilnahme an der Gruppen-Krankenversicherung ist **nur mit SEPA-Lastschriftverfahren** möglich.

Zahlweise

jährlich (4 % Nachlass)

1/2-jährlich

1/4-jährlich

monatlich

Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren

nein

ja (bitte **SEPA-Lastschrift-Mandat** ausfüllen)

Beitragszahler

Mitarbeiter

**Versicherungsumfang**

**MediGroup** (Tarife ohne Alterungsrückstellungen)

**Medi** (Tarife mit Alterungsrückstellungen)

Alle Beträge  
in EUR.

• Ambulant

**A**

.....

**Ambulant**

.....

• Zahn

**Z Basis**

.....

**Z**

.....

**Z Premium**

.....

**ZB Basis**

.....

**ZB**

.....

**Z Duo**

.....

• Vorsorge

**Basis**

.....

**Premium**

.....

• Stationär

**S 1**

.....

**S 2**

.....

**Clinic Plus**

.....

• Verdienstausfall

**TG 6**

.....

Tagessatz\*

.....

Beiträge entnehmen Sie den

hier beigefügten Informationsblatt.

**Monatlicher Gesamt-Beitrag**

.....

\* Ohne Gesundheitsprüfung können bis zu 30 Euro pro Tag Krankentagegeld versichert werden (Tarif beinhaltet Alterungsrückstellungen; siehe Beitragsübersicht)

Gesundheits-  
zustand

**Hinweis:** Falls Sie die **Angaben zum Gesundheitszustand nicht bestätigen** können, **nutzen Sie** bitte den **Antrag mit Gesundheitsfragen**.

**Ich bestätige**, dass ich in den letzten 12 Monaten vor Anmeldung **nicht länger als 20 Tage arbeitsunfähig** krank war.

**Nur bei Tarif  
MediGroup  
Z Duo**

**Verkürzte Leistungsbegrenzung bei Vorversicherung:**

Es besteht bis zum Versicherungsbeginn eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz mit einer vorgesehenen tariflichen Erstattung von mindestens 80 % bei dem folgenden Unternehmen:

.....  
Name Ihres bisherigen Versicherungsunternehmens

**Versicherungs -  
schutz vor Ablauf  
der Widerrufsfrist** Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

**Empfangs-  
bekenntnis** **Darüber hinaus bestätige ich** mit meiner Unterschrift, dass ich, vor Abgabe dieses Antrags, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG- InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife erhalten habe.

**Einwilligung  
in die Daten-  
verarbeitung** **Weiterhin habe ich die auf den Folgeseiten des Antrags abgedruckten Erläuterungen zur**

1. Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch die Gothaer Krankenversicherung AG
2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
3. Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Gothaer Krankenversicherung AG sowie Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit der unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen – wie die
  - 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
  - 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
  - 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherer
  - 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. Speicherung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

und meine **Widerrufsmöglichkeit** zur Kenntnis genommen und willige durch meine nachstehende Unterschrift in dem dort beschriebenen Umfang in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten durch die Gothaer Krankenversicherung AG ein.

**Schluss -  
erklärungen** Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit**. **Beachten Sie** hierzu auch die **auf den folgenden Seiten** beschriebenen „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtigen Hinweise**“ sowie die „**wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht**“ zum Inhalt dieses Antrags.

**Unterschriften**

Ort, Datum (immer angeben)

Antragsteller/ Hauptversicherter

# SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

**Hinweise** Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.  
**Ihre Rechte** zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.  
Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, die **Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.  
Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Angaben zum Zahlungsempfänger** Gothaer Krankenversicherung AG Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522  
Arnoldiplatz 1  
50969 Köln

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

**Verwendungszweck** \_\_\_\_\_  
Versicherungsschein-/Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

**Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**  
Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

**Zahlungsart**  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

**Datum erster Einzug/ Gültig ab** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen** \_\_\_\_\_  
Anrede, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Land PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN (Internationale Bankkontonummer)

\_\_\_\_\_  
BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) Name des Geldinstituts  
Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich.

**Ort, Datum und Unterschriften** \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen

**Zur Information** **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

**Bei abweichendem Beitragszahler** \_\_\_\_\_ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.  
Name des Versicherungsnehmers

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**  
Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de**. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im Datenschutz-Informationsblatt. Dieses enthält insbesondere Angaben zur **Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zur Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen**. Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz).

## Einwilligung in die Verarbeitung\* von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (kurz: Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, verarbeiten zu dürfen. Die Gothaer benötigt 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 weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die Gothaer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Erhebung oder Erfassung bei Dritten (unter 2.),
- bei der Übermittlung an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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.

\* Nach Art. 4 Ziffer 2 DSGVO umfasst die „Verarbeitung“ u. a. das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung oder Verbreitung personenbezogener Daten.

### 1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

**Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.**

**Ich willige ein**, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Erhebung oder Erfassung von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen zu erheben oder zu erfassen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

### 3. Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1 Übermittlung von Daten zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer benötigt 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 Gothaer 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 Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten übermittelt, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.gothaer.de/datenschutz](http://www.gothaer.de/datenschutz) eingesehen oder bei [info@gothaer.de](mailto:info@gothaer.de) angefordert werden. Für die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Gothaer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Übermittlung von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3 Übermittlung von Daten an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer 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 die Gothaer Ihren Versicherungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen übermittelt, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen übermittelt 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 die Gothaer 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 Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4 Übermittlung von Daten an selbstständige Vermittler

Die Gothaer gibt grundsätzlich keine Angabe 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 Übermittlung von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer 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 verarbeitet und zu Beratungszwecken verwendet werden dürfen.

### 4. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

**Ich willige ein**, dass die Gothaer 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 verarbeitet.

# Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

## Vorvertragliche Anzeigepflicht

### Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

[Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln schriftlich nachzuholen.]

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

#### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

#### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

# Erklärungen und wichtige Hinweise

<b>Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrages</b>	<b>Ich verpflichte mich</b> , alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, <b>die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben</b> , sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.
<b>Antragsbindefrist</b>	An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist.
<b>Änderung von Anschrift u. Namen</b>	Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.
<b>Besonderheiten in der Gruppen-Krankenversicherung</b> (Auszüge)	<b>Versicherungsnehmer</b> Versicherungsnehmer ist der Vertragspartner des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages. Versichert werden Personen (hauptversicherte und mitzuversichernde Personen) soweit sich ihre Berechtigung zum Beitritt aus dem Gruppenversicherungsvertrag ergibt und Versicherbarkeit nach dem jeweiligen Tarif besteht. <b>Beendigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages und Fortsetzung des einzelnen Versicherungsverhältnisses</b> Das Versicherungserhältnis im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag endet mit Beendigung bzw. Ablauf des Gruppen-Krankenversicherungsvertrages bzw. Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis. In diesem Falle hat der Versicherte das Recht auf unmittelbare Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu den Bedingungen eines vergleichbaren Tarifes der Einzelversicherung, sofern er mindestens 3 Monate versichert war. Besondere Vereinbarungen werden Bestandteil der Einzelversicherung. Die Wartezeiten entfallen in der Einzelversicherung. Ein Antrag auf Weiterführung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Versicherung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag beim Versicherer gestellt werden. Ein Antrag auf Weiterführung nach Ablauf der Frist von 2 Monaten gilt als Neuantrag zur Einzelversicherung. Als Neuantrag gilt auch, wenn der beantragte Versicherungsschutz über den bisherigen hinausgeht. Das ordentliche Kündigungsrecht eines einzelnen Versicherungsverhältnisses (Austrittserklärung) bleibt unberührt (siehe Versicherungsdauer).
<b>Zustandekommen des Vertrages</b>	Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.
<b>Vertragsgrundlagen</b>	Die gegenseitigen <b>Rechte und Pflichten</b> richten sich nach diesem Antrag, von dem mir <b>bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie</b> ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

## Widerrufsbelehrung

<b>Widerrufsrecht</b>	Sie können Ihre Vertragserklärung <b>innerhalb von 14 Tagen</b> ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) <b>widerrufen</b> . Die <b>Frist beginnt, nachdem</b> Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.
<b>Widerrufsfolgen</b>	Im Falle eines wirksamen Widerrufs <b>endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen</b> den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden <b>Teil der Prämie</b> , wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie. <b>Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs</b> . Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
<b>Besondere Hinweise</b>	<b>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn</b> der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. <b>Das Widerrufsrecht besteht nicht</b> bei Verträgen mit einer <b>Laufzeit von weniger als einem Monat</b> . Soweit eine <b>vorläufige Deckung</b> erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Ende der Widerrufsbelehrung

## Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz

<b>Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)</b>	Nach Art. 13 DSGVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die <b>Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de</b> . Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigelegt ist. Dieses enthält insbesondere Angaben zur <b>Kontaktmöglichkeit zum Datenschutzbeauftragten, zum Zweck und zur Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, zu den Empfängern personenbezogener Daten, zu Ihrer Speicherdauer, zu Ihren Betroffenenrechten und zu eventuell eingesetzten automatisierten Entscheidungen</b> . Das Informationsblatt finden Sie in der jeweils aktuellen Fassung auch unter <a href="http://www.gothaer.de/datenschutz">www.gothaer.de/datenschutz</a> .
---	---

## Informationen zur Antragstellung der Tarife

### MediGroup Z Basis, Z, Z Premium und MediGroup ZB Basis, ZB, MediGroup Z Duo

<b>Versicherungsfähigkeit</b>	Sie sind in den o. g. Tarifen versicherungsfähig, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Entfernte Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, zählen nicht als fehlende Zähne. Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten. Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
<b>Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen in den MediGroup-Tarifen Z Basis, Z, Z Premium und MediGroup Z Duo</b>	Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen). Kein oder 1 fehlender Zahn: Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung. Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen <b>nach</b> dem Vertragsabschluss <b>erstmals</b> angeraten und durchgeführt werden. Ab 2 fehlenden Zähnen: Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur mit der folgenden besonderen Vereinbarung möglich: <b>Die Kosten aller zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) zu vergüten, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen</b> . Für sonstige zahnärztliche Maßnahmen haben Sie Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen <b>nach</b> dem Vertragsabschluss <b>erstmals</b> angeraten und durchgeführt werden.



## Einzelspartenmaklervertrag und Vollmacht

zwischen

### **Pallas Versicherung AG**

Kaiser-Wilhelm-Allee 20

51373 Leverkusen

Tel. 0214 30 61398

Fax 0214 30 23999

Email: pallas.privat.pp@bayer.com

(im Folgenden: „**Makler**“)

und

(Nachname/Vorname) \_\_\_\_\_

(Anschrift) \_\_\_\_\_

(Personalnummer) \_\_\_\_\_

(Telefon) \_\_\_\_\_

(E-Mail) \_\_\_\_\_

(im Folgenden: „**Kunde**“)

1. Gegenstand des Vertrages ist ausschließlich die Beratung und Vermittlung in nachfolgender Versicherungssparte:

### **Kranken-Versicherung**

Es bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung mit dem Kunden, wenn eine weitergehende Beratung als in o.g. Sparte gewünscht wird.

2. Der Makler nimmt die Versicherungsinteressen des Kunden wahr und ist an keine Versicherungsgesellschaft gebunden. Die Tätigkeit des Maklers hinsichtlich Informationen, Beratung, Auswahl und Vermittlung von Versicherungsverträgen beschränkt sich auf Deckungsangebote von Risikoträgern, die Sitz oder Niederlassung in Deutschland haben, also deren Anträge, Vertragsbedingungen und Policen in deutscher Sprache erstellt wurden und für die deutsches Recht gilt. Der Makler berücksichtigt bei seiner Tätigkeit ausschließlich Versicherungsunternehmen, welche dem Makler eine marktübliche Courtage für die Versicherungsvermittlung und/oder -betreuung zahlen.



3. Der Makler übernimmt im Rahmen oben genannter Sparte folgende Pflichten:
- a) Prüfung des Versicherungsbedarfs einschließlich Analyse des Risikos unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Kunden;
  - b) Untersuchung des Versicherungsmarktes und der Auswahl der Deckungsangebote;
  - c) Vermittlung der nach Absprache mit dem Kunden für notwendig erachteten Versicherungsverträge
4. Der Makler wird hiermit beauftragt und bevollmächtigt, den Kunden gegenüber Versicherungsgesellschaften zu vertreten. Der Makler wird insbesondere bevollmächtigt, sämtlichen Post- und Schriftverkehr für diesen gegenüber den jeweiligen Versicherungs-gesellschaften zu führen. Zudem ist der Makler bevollmächtigt, nach Abstimmung mit dem Kunden Kündigungen zu bestehenden Versicherungs- und Bausparverträgen auszusprechen, auch wenn diese nicht durch den Makler vermittelt wurden. Der Makler ist zudem bevollmächtigt, die dem Kunden durch das jeweilige Versicherungsunternehmen vor Vertragserklärung zu übergebenden vertragsbezogenen Unterlagen im Sinne des § 7 VVG, insbesondere Allgemeine und Besondere Bedingungen, Produktinformationsblatt, Verbraucherinformation etc. entgegenzunehmen. Der Makler ist bevollmächtigt, im Namen des Kunden mit dem Versicherer über Prämienreduzierungen oder Prämien erhöhungen sowie Reduzierung oder Erweiterung des Versicherungsschutzes zu verhandeln und bindende Erklärungen abzugeben.
5. Sollte der Makler seinen Geschäftsbetrieb ganz oder teilweise auf einen anderen Makler übertragen (z.B. im Rahmen der Veräußerung des Geschäftsbetriebs), ist der Kunde damit einverstanden, dass der Maklervertrag vom übernehmenden Makler fortgeführt wird.

Der Makler wird den Maklerwechsel anzeigen. Der Kunde ist berechtigt, dem Maklerwechsel zu widersprechen.

6. Der Makler ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Er ist berechtigt, bei der Erfüllung seiner Aufgaben Untervollmachten zu erteilen.
7. Der Kunde verpflichtet sich, den Makler über sämtliche Korrespondenz mit den Versicherungsgesellschaften zu informieren. Der Kunde ist zudem verpflichtet, den Makler von allen persönlichen und finanziellen Veränderungen sowie sonstigen Risikoveränderungen unverzüglich zu unterrichten, die für den Versicherungsschutz von Bedeutung sein könnten, beispielsweise familiäre oder berufliche Änderungen, Wohnortwechsel sowie Einkommensveränderungen.

Der Makler haftet gegenüber dem Kunden für Schäden, welche er ihm vorsätzlich oder grob fahrlässig zufügt. Im Bereich der Hauptleistungspflichten haftet er für jede schuldhaftige Pflichtverletzung. Die Haftungshöchstsumme für leichte Fahrlässigkeit, insofern nicht der Bereich von Hauptleistungspflichten betroffen ist, beschränkt sich auf die vom Versicherungsmakler abgeschlossene Haftpflichtversicherung in Höhe von 1,5 Mio. Euro. Der Kunde hat jedoch die Möglichkeit, den Haftpflichtversicherungsschutz auf eigene Kosten auf eine Versicherungssumme zu erhöhen, die das übernommene Risiko abdeckt. Vorgenannte haftungsbeschränkende Regelungen gelten jedoch nicht für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer schuldhaften Pflichtverletzung des Maklers beruhen.



8. Kommt der Kunde seinen ihm nach dem Maklervertrag obliegenden Mitwirkungshandlungen nicht bzw. nicht fristgerecht nach, haftet der Makler für daraus entstehende Schäden – gleich welcher Art – nicht.
9. Ansprüche gegen den Versicherungsmakler unterliegen der gesetzlichen Verjährungsfrist. Für den Fall der Beendigung des Maklervertrages verjähren die Ansprüche jedoch spätestens nach fünf Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Maklervertrag beendet wurde.
10. Die Courtage für die Vermittlung von Versicherungsverträgen ist Bestandteil der Versicherungsprämie. Die Courtage ist auch dann verdient, wenn nach Vertragsaufhebung ein Erstvertrag geschlossen wird. Gleiches gilt bei bestehenden Verträgen für Verlängerungsverträge.

Nicht Gegenstand dieses Vertrages sind auch alle Versicherungen und Unternehmen, welche dem Makler keine Courtage für die Versicherungsvermittlung und/oder Betreuung zahlen.

11. Der vorliegende Vertrag ist auf unbestimmte Dauer geschlossen und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
12. Dieser Vertrag tritt an die Stelle aller bisherigen und ersetzt diese. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag eine Lücke enthalten, so bleibt die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmung hiervon unberührt. Unwirksame Bestimmungen sind so umzudeuten, dass das von den Vertragsparteien angestrebte Vertragsziel bestmöglich erreicht wird; das gleiche gilt im Falle einer Vertragslücke.
13. Nebenabreden zu diesem Vertrag bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform, ebenso wie die Aufhebung dieses Formerfordernisses.
14. Gerichtsstand für alle aus diesem Vertrag sich ergebenden Streitigkeiten ist Sitz des Maklers.

**Haftungshinweis:**

Dem Kunden ist bekannt, dass er lediglich Beratung in oben genannter Sparte erhält. Sollte er weitergehende Beratung wünschen, so wird er sich an den Makler wenden. Der Kunde stellt den Makler ausdrücklich von jedweder Haftung frei, insofern sie nicht vorgenannte Sparte betrifft. Der Kunde ist auf die Nachteile der eingeschränkten Beratung hingewiesen worden.

**Einwilligungserklärung**

Durch Anklicken des jeweiligen Kästchens willige ich ein, dass **Pallas Versicherung AG**, Chempark Q26, 51368 Leverkusen Ihre personenbezogenen Daten für die folgenden weiteren Zwecke verarbeiten darf (Unzutreffendes bitte streichen):

Die **Pallas Versicherung AG**, Chempark Q26, 51368 Leverkusen darf mich über Produktneuerungen / -änderungen im Bedarfsfall informieren und beraten und ich willige daher ein, dass diese zu diesen Zwecken auch per Telefon oder E-Mail oder sonstige elektronische Medien auf mich zukommen darf. Pallas begrenzt den Zeitrahmen hierzu auf die üblichen Geschäftszeiten von 08:00-18:00 Uhr – Montags-Freitags. Ferner darf die **Pallas Versicherung AG**, Chempark Q26, 51368 Leverkusen mein Nutzungsverhalten von Mitteilungen und Informationsangeboten analysieren, um diese zu personalisieren und somit an meine Bedürfnisse und Interessen anzupassen.

Diese Einwilligung ist **freiwillig** und ohne Einfluss auf den zugrundeliegenden Maklervertrag. Im Falle der Nichterteilung dieser Einwilligung entstehen mir keinerlei rechtliche oder wirtschaftliche Nachteile. Sie kann von mir **jederzeit** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** werden durch schriftliche Mitteilung an die

Pallas Versicherung AG, Chempark Q 26, 51368 Leverkusen

oder per E-Mail an

pallas.privat.pp@bayer.com.

**Unterschrift des Kunden zu vorstehender Einwilligungserklärung**

.....den ..... **X**.....  
(Ort)

**Datenschutzhinweis:**

Der Kunde bestätigt mit seiner Unterschrift, dass ihm zugleich auch die nachfolgende Datenschutzinformation übergeben wurde und zur Kenntnis genommen worden ist.

**Unterschrift des Kunden zum Einzelsparten-Maklerauftrag**

.....den ..... **X**.....  
(Ort)

.....  
Makler / Vertreter / Vermittler-Nr.

# Datenschutzinformation

Die **Pallas Versicherung AG**, Chempark Q26, 51368 Leverkusen (im Folgenden „**uns**“, „**unser**“ und „**wir**“) möchte Sie hiermit über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten **informieren** und Ihre **Einwilligung** bezüglich der im Folgenden **spezifizierten Verwendungszwecke** einholen.

## 1 Umgang mit personenbezogenen Daten

### 1.1 Verarbeitungszweck(e) und Kategorien personenbezogener Daten

Wir verarbeiten die folgenden personenbezogenen Daten für folgenden Zweck / folgende Zwecke:

#### 1.1.1 Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir zunächst zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, insbesondere zur Weitergabe an den/die für mich zuständigen Versicherer, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Betroffen von dieser Verarbeitung sind folgende Datenkategorien: Kontaktinformationen (z.B. Name, Adresse, Telefon-/Fax-/Mobilnummer, E-Mail oder sonstige online-Kontaktdaten),

- Stammdaten (Name, Adresse, Kunde, Nummer, Kontaktdaten etc)
- Kontaktdaten (wenn es keine vertragliche Verbindung gibt)
- Abrechnungs-/Rechnungs-/Zahlungs-Daten
- Kundenservicehistorie (Call Center Details, Anfragen, ...)
- Verhaltensdaten
- Leistungsdaten
- Daten zu strafrechtlichen Verurteilungen und Verstößen
- Persönliche Kennziffern (Sozialversicherungsnummer, Führerscheinnummer, Personalausweis etc.)
- Bank-/Kreditkarten-Daten
- Angaben über die ethnische Herkunft
- Angaben über Gesundheit
- Angaben über Einkommen und Vermögen, Lohn- und Gehaltszahlungen

### 1.1.2 Risikobeurteilung, Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, Überprüfung Leistungspflicht des Versicherers, Datensammlungen des Maklers, Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir zusätzlich zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung) durch die Versicherer, zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch und zur Überprüfung der Leistungspflicht des Versicherers ggf. mittels mathematisch-statistischer Verfahren (Scoring), zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch den Makler oder den jeweiligen Versicherer.

Sodann benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung Pallas-eigener Datenbestände sowie Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) im Auftrag der Versicherer verschlüsselt. Auf Basis dieses Systems kann es auch hier zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.

Für die Risikobeurteilung kann ein Datenaustausch mit dem Vorversicherer, nach dem Sie bei Antragstellung befragt wurden, erforderlich sein.

Zudem benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung Ihrer Daten an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen Ihr zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland 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. Schließlich benötigen wir ihre personenbezogenen Daten zur Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags-, und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Betroffen von den in den Absätzen 1 – 4 genannten Verarbeitungen sind folgende Datenkategorien:

- Stammdaten (Name, Adresse, Kunde, Nummer, Kontaktdaten etc)
- Kontaktdaten (wenn es keine vertragliche Verbindung gibt)
- Abrechnungs-/Rechnungs-/Zahlungs-Daten
- Kundenservicehistorie (Call Center Details, Anfragen, ...)
- Verhaltensdaten
- Leistungsdaten
- Daten zu strafrechtlichen Verurteilungen und Verstößen
- Persönliche Kennziffern (Sozialversicherungsnummer, Führerscheinnummer, Personalausweis etc.)
- Bank-/Kreditkarten-Daten
- Angaben über die ethnische Herkunft
- Angaben über Gesundheit
- Angaben über Einkommen und Vermögen, Lohn- und Gehaltszahlungen

### 1.1.3 Auftragsverarbeitung, Art. 6 Abs. 1 lit. c), 28 DSGVO

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten auch für Weiterleitungen an andere Unternehmen/Personen innerhalb und außerhalb der Pallas Versicherung AG, denen wir Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung übertragen (z. B. Dienstleistungsgesellschaften). Diese Dienstleistungsgesellschaften werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleistungsgesellschaften sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

Betroffen von diesen Verarbeitungen sind folgende Datenkategorien:

- Stammdaten (Name, Adresse, Kunde, Nummer, Kontaktdaten etc)
- Kontaktdaten (wenn es keine vertragliche Verbindung gibt)
- Abrechnungs-/Rechnungs-/Zahlungs-Daten
- Kundenservicehistorie (Call Center Details, Anfragen, ...)
- Verhaltensdaten
- Leistungsdaten
- Daten zu strafrechtlichen Verurteilungen und Verstößen
- Persönliche Kennziffern (Sozialversicherungsnummer, Führerscheinnummer, Personalausweis etc.)
- Bank-/Kreditkarten-Daten
- Angaben über die ethnische Herkunft
- Angaben über Gesundheit
- Angaben über Einkommen und Vermögen, Lohn- und Gehaltszahlungen

### 1.1.4 Beratung und Information, Art. 7 DSGVO

Ihre Einwilligung vorausgesetzt verwenden wir personenbezogene Daten schließlich auch zu Ihrer Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch die Pallas Versicherung.

In diesem Fall verwenden wir Ihre Kontaktinformationen (z.B. Name, Adresse, Telefon-/Fax-/Mobilnummer, E-Mail oder sonstige online-Kontaktdaten), um Sie per Telefon, Briefpost, E-Mail oder auf sonstigem elektronischen Wege (z.B. Chats auf Webseiten, SMS, Messenger-Nachrichten, Remote Detailing) zu kontaktieren und Ihnen Marketing-Mitteilungen bzgl. für Ihre medizinischen Interessen relevante Dienstleistungen, Produkte oder Veranstaltungen zukommen zu lassen.

## 1.2 Besondere Kategorien personenbezogener Daten

Bitte beachten Sie, dass die unter Ziffer 1.1 verarbeiteten Daten besondere Kategorien personenbezogener Daten beinhalten, und zwar Informationen über Ihre Gesundheit und bestehende Erkrankungen sowie Vorerkrankungen soweit dieser für die Vermittlung von Versicherungsverträgen erforderlich sind.

## 1.3 Automatisierte Entscheidungen

Die Versicherer verwenden zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch und zur Überprüfung der Leistungspflicht des Versicherers ggf. mathematisch-statistische Verfahren (Scoring), auf die wir keinen Einfluss haben

# 2 **Übermittlung personenbezogener Daten**

## 2.1 Auftragsverarbeitung

Wie unter Ziffer 1.1.3 erläutert, setzen wir für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in gewissem Umfang spezialisierte Dienstleister ein, die Ihre Daten in unserem Auftrag verarbeiten. Unsere Dienstleister werden von uns sorgfältig ausgewählt und regelmäßig kontrolliert. Sie verarbeiten personenbezogene Daten nur in unserem Auftrag und nach unseren Weisungen auf der Grundlage entsprechender Verträge über eine Auftragsverarbeitung gemäß den Vorgaben des Art. 28 DSGVO.

## 2.2 Übermittlung an Dritte

Wir teilen Ihre personenbezogenen Daten mit folgenden Dritten für die folgenden Zwecke:

<u>Angefragte Versicherer</u>	<u>Je nach Antrag verschiedene oder sämtliche der unter Ziffer 1.1 und 1.2 genannten Daten zum Zwecke der Vertragsanbahnung</u>
-------------------------------	---

# 3 **Aufbewahrungsfristen für personenbezogene Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nach Wegfall des Speicherzweckes im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert und im Anschluss gelöscht.

#### 4 Hinweise zu Ihren Rechten

In Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft über und Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten
- das Recht, eine Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu verlangen
- das Recht, eine eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten zu verlangen oder dieser gänzlich zu widersprechen
- das Recht auf Übertragbarkeit Ihrer Daten sowie
- das Recht, sich bei den Datenschutz-Aufsichtsbehörden zu beschweren.

Sollten Sie Fragen in Zusammenhang mit dem Datenschutz oder Ihrer Einwilligung haben oder von Ihren Rechten Gebrauch machen wollen, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten:

Claus Kosendei, c/o Pallas Versicherung AG,  
Kaiser-Wilhelm-Allee 20, 51368 Leverkusen,  
[claus.kosendei@bayer.com](mailto:claus.kosendei@bayer.com)