



# Antrag auf eine Berufsunfähigkeits- und Krankentagegeldversicherung (VerSiPro)

BD/MD  Vermittler-Nr.  Registernummer  Versicherungsnummer  Antragsdatum

### Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Im Rahmen der Antragsaufnahme bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrages und werden auch Bestandteil des angestrebten Versicherungsvertrages. Mit Ihren Antworten tragen Sie in bedeutendem Maße dazu bei, uns die Beurteilung des Versicherungsrisikos zu ermöglichen.

Wichtig ist dabei die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände. Wir fragen Sie daher nach allen Umständen, die Einfluss auf einen möglichen Eintritt des versicherten Risikos haben könnten. Dazu zählen z. B. Ihre berufliche Situation, die Ausübung von sportlichen Aktivitäten, Ihre persönliche medizinische Vorgeschichte und Ihr aktueller Gesundheitszustand.

Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns vor Vertragsabschluss alle Ihnen bekannten Umstände sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Auf diesem Wege erreichen Sie einen individuell auf Sie abgestellten und wirksamen Versicherungsschutz.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder dass später Vertragsanpassungen - auch rückwirkend - notwendig werden. Wir möchten dies gerne vermeiden, müssten aber bei Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht im Interesse der anderen Versicherten von rechtlichen Maßnahmen wie z. B. Rücktritt vom Vertrag oder Anfechtung des Vertrages oder auch Verweigerung der beantragten Leistung Gebrauch machen. Beachten Sie hierzu die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht". Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei.

### 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer und versicherte Person)

Herr  Frau  Name, Vorname, Titel  Geburtsdatum  Staatsang.  ledig  verh.  gesch.  verw.

Straße, Hausnummer  private Telefon-Nr. \*)  geschäftl. Telefon-Nr. \*)

Postleitzahl  Wohnort  E-Mail \*)

derzeit ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung)  persönliche Identifikationsnummer (Steuer-ID)\*)  \*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen

Berufsstellung:  (Bitte Ziffer eintragen) 1 = Selbstständiger 2 = Beamter 3 = Arbeitnehmer fr. Wirtsch. 4 = Arbeitnehmer ö. D. 5 = in Ausbildung 6 = Hausfrau/-mann 7 = Rentner

### 2. Beantragte Berufsunfähigkeitsversicherung (Barmenia SoloBU) (Barmenia Lebensversicherung a. G.)

Versicherungsbeginn  Die Einzelheiten zum beantragten Tarif ergeben sich aus dem beiliegenden Vorschlag mit der Nummer:

### 3. Beantragte Krankentagegeldversicherung (Barmenia Krankenversicherung AG)

Versicherungsbeginn

Art und Umfang

Die Angaben unter Ziffer 3 entfallen, wenn hier auf einen Vorschlag Bezug genommen wird. Die unter Ziffer 3 erforderlichen technischen Daten ergeben sich aus dem beiliegenden Vorschlag mit der Nummer:

Tarif	Tagegeld	Beitragsrate monatlich EUR	Gesetzliche oder private Krankenversicherungen?		Krankenkasse/Versicherer, Tarife Höhe des Krankentagegeldes	a) besteht seit b) bestand von - bis		Vers.-Pflicht		Krankengeld	
			nein	ja		nein	ja	nein	ja	nein	ja
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. SEPA-Lastschriftmandate

Zahlungsempfänger: Barmenia Lebensversicherung a. G., Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE12ZZZ00000010326  
Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE38ZZZ00002227957

**Erklärung des Kontoinhabers:** Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die beantragten Versicherungen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN  Bankleitzahl  Konto-Nr. (max. 10 Stellen)  Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber:  Antragsteller oder  folgende Person: Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort  Unterschrift des Kontoinhabers

Barmenia-Allee 1 • 42119 Wuppertal • www.barmenia.de

Barmenia Krankenversicherung AG

Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vorsitzender) • Frank Lamsfuß • Ulrich Lamy • Carola Schroeder • Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann  
Rechtsform des Unternehmens: Aktiengesellschaft • Sitz: Wuppertal • Amtsgericht Wuppertal HRB 28475 • Steuernummer 132/5906/1571

Barmenia Lebensversicherung a. G.

Vorstand: Dr. Andreas Eurich (Vorsitzender) • Frank Lamsfuß • Ulrich Lamy • Carola Schroeder • Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. h. c. Josef Beutelmann  
Rechtsform des Unternehmens: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit • Sitz: Wuppertal • Amtsgericht Wuppertal HRB 3854 • Steuernummer 132/5906/0058

## 5. Besondere Vereinbarungen (Mündliche Abreden sind für den Versicherten nicht verbindlich)

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?

nein

ja



, und zwar von:

## 6. Empfänger der Versicherungsleistungen

Im **Todesfall** der versicherten Person ist der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt. Falls eine andere Person bezugsberechtigt sein soll, ist sie hier anzugeben:

Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

Im **Erlebensfall** der versicherten Person ist bezugsberechtigt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, anderer Geburtsname

## 7. Fragen an die zu versichernde Person (Nur zu beantworten bei beantragter Berufsunfähigkeitsversicherung - Barmenia Solo-BU)

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen (siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1).**

### 7.1 Allgemeine Fragen

- a) Sind Sie durch Beruf, Sport oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. energiereichen Strahlen, Sprengstoff, Chemikalien, Tauchen, Bergsteigen, Fallschirmspringen, Wettfahrten, Rennsport, Privat- oder Sportflüge, Drachen- bzw. Gleitschirmflüge, Kampfsportarten, Extremsportarten, Motorrad fahren? nein  ja
- b) Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten zwölf Monate länger als drei Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? nein  ja

Falls bei a) oder b) ja, Einzelheiten:

- c) Sind bei der Barmenia oder anderen Unternehmen Versicherungen für den Fall Ihrer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgeschlossen oder beantragt worden? nein  ja  Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente insgesamt jährlich EUR

Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

### 7.2 Fragen zu Einkommen/Einnahmen (nur bei Beantragung eines Berufsunfähigkeitszuschusses)

Wie hoch ist Ihr jährliches Bruttoeinkommen/Ihr jährlicher Gewinn vor Steuern im Durchschnitt der vergangenen drei Jahre?  EUR

## 8. Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person

**Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen (siehe "Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" auf Seite 1).** Bitte nennen Sie uns die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Wichtig ist dabei, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragebereich in Klammern aufgeführte Beispiele, die Ihnen Ihre Antworten erleichtern sollen. Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Krankheitsbegriffe aus dem jeweiligen Fragebereich umfassen, d. h. die Beispiele stellen keine abschließende Aufzählung dar. Evtl. durchgeführte Gentests müssen erst ab einer jährlichen Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit von mehr als 30.000,- EUR offengelegt werden (siehe Hinweise auf Seite 4).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p>8.1 Körpergröße <input style="width: 40px;" type="text"/> cm und Körpergewicht <input style="width: 40px;" type="text"/> kg</p> <p>8.2 Bestehen derzeit körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Folgen von Unfällen, Krankheiten oder Verletzungen; Amputationen)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.3 Besteht derzeit eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Behinderteneigenschaft (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.4 Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.5 Erfolgt in den letzten fünf Jahren Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen (ärztliche, psychologische/ psychotherapeutische, physiotherapeutische / krankengymnastische, heilkundliche) wegen:</p> <p>a) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depression, Essstörung, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Lähmungen, ärztlich behandelte Migräne, Burn-Out-Syndrom)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>b) der Augen (z. B. Schielen, Fehlsichtigkeit [mit Dioptrienwerten], Grauer Star, Grüner Star, Hornhauterkrankungen)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>c) der Ohren (z. B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, Ohrensausen [Tinnitus])? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> | <p>d) des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, behandlungsbedürftige Fettstoffwechselstörung, Über-, Unterfunktion der Schilddrüse)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>e) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenleiden)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>f) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Heuschnupfen)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>g) der Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Darmentzündung, Gastritis, Leberentzündung, Magengeschwür)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>h) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierenentzündungen)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>i) entzündliche Gelenks- oder Bindegeweberkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>j) des Rückens (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Wirbelsäulenverkrümmung)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> | <p>k) der Knochen oder Gelenke (z. B. Meniskusschaden, Bänderverletzung, Hüftfehlstellung)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>l) der Haut (z. B. Schuppenflechte, Ekzem, Neurodermitis, Melanom)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>m) Allergien (z. B. Kontaktallergie, Hausstaub, Lebensmittelallergie)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>n) Blut oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Blutarmut, Gerinnungsstörungen)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>o) Infektionskrankheiten (z. B. Leberentzündung, Geschlechtskrankheit, Tuberkulose, Malaria)? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.6 Werden Ihnen derzeit wegen der unter 8.5 a) bis o) genannten Erkrankungen Medikamente verordnet? Falls ja, welche? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.7 Haben in den letzten zehn Jahren stationäre Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalte stattgefunden oder sind solche für die nächsten zwölf Monate ärztlich angeraten oder beabsichtigt? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> <p>8.8 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten fünf Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? <span style="float: right;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></span></p> |
|--|---|---|

**8. Gesundheitsfragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)**

Geben Sie hier bitte Einzelheiten zu den Fragen 8.2 bis 8.8 an, die mit "ja" beantwortet sind.

Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Medikamente usw.; MdE, WDB und GdB in %, sonstige Einzelheiten (z.B. Untersuchungsergebnisse)	seit wann von – bis		Operation nein ja		Namen und Anschriften der Ärzte, Krankenhäuser, usw.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus oder möchten Sie weitere Erklärungen abgeben, so verwenden Sie ein gesondertes Blatt als Anlage zum Antrag, auf dem Sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer Ihre Angaben vornehmen. Kreuzen Sie das nebenstehende Feld an.

Falls der Antragsteller oder die zu versichernde Person gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, sind diese gegenüber dem Versicherer unmittelbar schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen nach Antragstellung erfolgen. Das nebenstehende Feld ist in diesem Fall anzukreuzen.

8.9 Welcher Arzt kann über die Gesundheitsverhältnisse Auskunft geben?

Mit den Anträgen auf eine Berufsunfähigkeits- und Krankentagegeldversicherung werden rechtlich selbstständige Verträge mit jeweils eigenständigen Versicherungsbedingungen beantragt.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf Seite 4 die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" und die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Lesen Sie bitte zudem auf Seite 5 die gesamte "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung". Diese betrifft den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten und enthält die folgenden Einwilligungstatbestände: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten durch die Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. Barmenia Krankenversicherung AG, 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. Barmenia Krankenversicherung AG sowie 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie sowie die mitunterzeichnende zu versichernde Person die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtbindungserklärungen ab. Zudem stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.

**Unterschriften**

Hiermit erkläre ich, dass die an dem Antrag beteiligten Personen die Unterschrift in meiner Gegenwart geleistet haben.  
Antragsvermittler / Telefon

Datum  Antragsteller  Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist  Antragsvermittler / Telefon

Mit nachfolgender Unterschrift bestätige ich, dass ich die "Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung" erhalten habe. Ich habe diese auch zur Kenntnis genommen.

**Unterschriften**

Datum  Antragsteller  Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

**Informationspflichten vor Abschluss des Versicherungsvertrages**

Hiermit bestätige ich, dass ich vor Beantragung des Versicherungsschutzes die folgenden Unterlagen/Informationen (Allgemeine Bedingungen, Besondere Bedingungen, sonstige Vertragsunterlagen etc.):

Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Beispielrechnung
- Garantierte Rückkaufwerte und beitragsfreie Leistungen
- Allgemeine Kundeninformation (L6048, Ausgabe 01/2016)
- Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung (L3595, Ausgabe 01/2017)
- Allgemeine Bedingungen für die Barmenia SoloBU (L3859, Ausgabe 01/2021)
- Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (L3805, Ausgabe 03/2019)
- Besondere Bedingungen für die Überschussverwendung Fondsanlage (L3618, Ausgabe 07/2018)
- Fonds im Überblick (L3311, Ausgabe 10/2019)

- Gebührenordnung (L3471, Ausgabe 02/2016)
- Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen für die Barmenia SoloBU (L3266, Ausgabe 01/2018)
- Hinweise zum Datenschutz (B4000, Ausgabe 09/2019)
- Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH ("ICD") (B4516, Ausgabe 04/2018)

Antrag auf eine Krankentagegeldversicherung

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Allgemeine Kundeninformation (K6045)
- je nach beantragtem Tarif: Tarif T+ (K4647) oder Tarif TM+ (K4648)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung MB/KT09 und TB/KT13 (K4602)
- Hinweise zum Datenschutz (B4000, Ausgabe 09/2019)

auf nachstehendem Zugangsweg erhalten habe:

E-Mail:   Versand  Übergabe in gedruckter Form  Übergabe auf Speichermedium

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Dokumente beim Zugangsweg E-Mail-Versand mittels eines in der E-Mail befindlichen Internet-Links aufgerufen werden. Die Dokumente stehen per E-Mail und bei der Übergabe auf Speichermedium im PDF-Format zur Verfügung. Ich bestätige, dass diese Dokumente von mir mittels vorgehaltener Geräte und Computerprogramme eingesehen, gedruckt und auch gespeichert werden können.

**Unterschriften**

Datum  Antragsteller  Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist

## Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (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 Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. der Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal 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 gefährlicher Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefährlicher Umstände fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

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

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie oder die versicherte Person 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 oder die versicherte Person 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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie oder die versicherte Person die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben,

können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir von dem Kündigungsrecht keinen Gebrauch machen. Im Falle der Kündigung wandelt sich die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung nach den Bestimmungen zur Beitragsfreistellung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen um.

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. Im Falle einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung werden wir keine Vertragsänderung verlangen. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder 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 drei 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 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.

## Schlusserklärungen

des Antragstellers und der zu versichernden Person.

### - Zum jeweiligen Antrag -

#### Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei einer Versicherung mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung. Der Versicherungsvertrag kommt zu Stande, wenn ich den Versicherungsschein oder eine sonstige Annahmeerklärung innerhalb der Annahmefrist erhalte.

#### Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die für die beantragten Tarife gültigen Versicherungsbedingungen. Diese werden mir - wie weitere Verbraucherinformationen auch - grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

#### Datenübermittlung im Falle einer Antragseinreichung über Maklerpools

Maklerpools sind Vermittlungsunternehmen, die einen Versicherungsmakler u. a. bei der Antragstellungsabwicklung und bei der Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sofern Ihr Antrag über einen Maklerpool der Barmenia Lebensversicherung a. G. eingereicht wird, informiert Sie darüber Ihr Versicherungsmakler und der betreffende Maklerpool wird in diesem Antrag vermerkt.

Für die Weitergabe Ihrer zu Vermittlungs- und Betreuungszwecken erhobenen Daten an den Maklerpool und auch für die Datenweitergabe von der Barmenia Lebensversicherung a. G. an einen Maklerpool wird Ihr Einverständnis benötigt:

Ich willige ein, dass die Barmenia Lebensversicherung a. G. meine Daten bzw. Daten aus meinem Versicherungsvertrag soweit es zu Vertragsführungs- und Betreuungszwecken notwendig ist, an den vermerkten Maklerpool weitergibt. Insofern entbinde ich die Mitarbeiter der Barmenia Lebensversicherung a. G. von ihrer Schweigepflicht.

### - Zusätzlich zum Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung -

#### Mitteilung an andere Stellen

Der Versicherer ist verpflichtet, der zentralen Stelle (Deutsche Rentenversicherung Bund) alle Rentenzahlungen und verschiedene Kapitalzahlungen sowie die dazugehörigen Daten des Leistungsempfängers zu übermitteln (§ 22a Abs. 1 Einkommensteuergesetz).

### - Zusätzlich zum Antrag auf Krankentagegeldversicherung -

#### Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt.

## Hinweise

### Durchschrift/Kopie des Antrages

Eine Durchschrift/Kopie des Versicherungsantrages wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrages sofort ausgehändigt.

### Weitere Datenschutzinformationen

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritte als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

### Informationen zu genetischen Untersuchungen zum Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung

Weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages verlangen wir die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen. Erst ab einer Leistung von mehr als 300.000,- EUR (Lebensversicherung) oder mehr als 30.000,- EUR (jährliche Rente für den Fall der Berufsunfähigkeit) dürfen wir von Ihnen die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden. Über bestehende Erkrankungen und über Vorerkrankungen ist uns im Rahmen Ihrer Kenntnisse uneingeschränkt immer Auskunft zu geben, wenn wir Sie nach diesen für uns erheblichen Gefahrumständen gefragt haben, und zwar unabhängig davon, wie diese Erkrankungen diagnostiziert worden sind und welche Leistungshöhe beantragt wird.

### Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn; [www.bafin.de](http://www.bafin.de)

### Ombudsmann für private Krankenversicherungen

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

### Ombudsmann für Lebensversicherungen

Versicherungsbund e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, [www.versicherungsbund.de](http://www.versicherungsbund.de)

### Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

### Sicherungsfonds für die Lebensversicherung

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstr. 43 G, 10117 Berlin, [www.protektor-ag.de](http://www.protektor-ag.de), errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Barmenia Lebensversicherung a. G. gehört dem Sicherungsfonds an.

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die **Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. Krankenversicherung AG** (im Folgenden **Barmenia** genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Barmenia Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebens- bzw. Krankenversicherung benötigt die Barmenia Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister und Rückversicherer der Barmenia Lebensversicherung a. G. weiterleiten zu dürfen.

Sofern beim Abschluss einer Lebensversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart werden soll, ist die Barmenia Lebensversicherung a. G. nach dem Gesetz befugt, Ergebnisse oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen zu verlangen, entgegenzunehmen und zu verwenden. Auch für die Erhebung und Nutzung genetischer Daten im Falle vorgenannter Vertragsinhalte ist Ihre Einwilligung erforderlich.

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 der Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen zu den Gesundheitsdaten und nach § 203 StGB geschützten Daten betreffen den Umgang mit diesen Daten

- durch die Barmenia selbst (siehe unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (siehe unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia (siehe unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zu Stande 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.

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten durch die Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. Barmenia Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Barmenia die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist. Zudem erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung und Verwendung der von mir durch Einreichung von Unterlagen über eine vorgenommene genetische Untersuchung mitgeteilten genetischen Daten, sofern im Rahmen einer Lebensversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung eine Versicherungsleistung in der oben genannten Höhe vereinbart wird.

### 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 die Barmenia 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.

Soweit eine solche Überprüfung erforderlich ist, wird die Barmenia von Ihnen im Einzelfall eine Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindungserklärung für sich und die befragten Stellen einholen oder Ihnen wahlweise die Möglichkeit einräumen, die erforderlichen Unterlagen selbst beizubringen.

#### 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 die Barmenia konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die Barmenia – soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit

erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Barmenia an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Barmenia tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Lebensversicherung a. G. bzw. Krankenversicherung AG

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

#### 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

Die Barmenia führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia führt fortlaufend aktualisierte Listen über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Barmenia erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Listen sind als Anlagen der Einwilligungserklärung angefügt. Aktuelle Listen können auch im Internet unter [www.datenschutz.barmenia.de](http://www.datenschutz.barmenia.de) eingesehen oder bei der Barmenia, Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202 438-2250, E-Mail: [info@barmenia.de](mailto:info@barmenia.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in den Listen genannten Stellen benötigt die Barmenia Ihre Einwilligung.

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

#### 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Barmenia Lebensversicherung a. G. 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 Barmenia Lebensversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag 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 Barmenia Lebensversicherung a. G. auf Grund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Barmenia Lebensversicherung a. G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Barmenia Lebensversicherung a. G. 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 Barmenia Lebensversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Barmenia gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informa-

tionen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

#### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die Barmenia Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der Barmenia bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

#### Anlage: Liste zu 3.2 (Barmenia Krankenversicherung AG)

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Verarbeitungsverfahren für Kundendaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Barmenia Versicherungen a. G.</li> <li>▪ Barmenia Krankenversicherung AG</li> <li>▪ Barmenia Lebensversicherung a. G.</li> <li>▪ Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG</li> </ul>	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
International SOS Emergency Services GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Johanniter Unfall-Hilfe e. V.	Hilfe u. Beratungsleist. zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
Medgate AG	Telemedizinische Beratung
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Quality Smile GmbH	Zahnmedizinisches Management
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachtenprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

#### Anlage: Liste zu 3.2 (Barmenia Lebensversicherung a. G.)

Barmenia-Unternehmen, die gemeinsame Verarbeitungsverfahren für Kundendaten nutzen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barmenia Versicherungen a. G.</li> <li>• Barmenia Krankenversicherung AG</li> <li>• Barmenia Lebensversicherung a. G.</li> <li>• Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG</li> </ul>	
Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
Barmenia Krankenversicherung AG	Vertriebssteuerung und Generalvertreter
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachtenprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)
Assistancegesellschaften	Unterstützung bei der Prüfung der Leistungspflicht