

Helvetia Gesundheitserklärung für SBU (Selbstständige Berufsunfähigkeitsabsicherung)

Zu versichernde Person

Titel, Vorname, Name	Derzeitige Tätigkeit	Versicherungsschein-Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erklärung

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz tatsächlich wirksam ist.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Lesen Sie hierzu bitte sorgfältig die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG auf Seite 5.

Zur Erleichterung der Beantwortung der einzelnen Fragen haben wir Ihnen einige Hinweise und Beispiele für Krankheiten etc. genannt. Es handelt sich hierbei nicht um abschließende Aufzählungen.

Fragen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen im Rahmen der Gesundheitserklärung:

Bezogen auf derzeit und die letzten 10 Jahre

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Haben bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z. B. Lasik, Arthroskopie, Krampfaderoperation, Leistenbruchoperation) stattgefunden oder wurden solche für die nächsten 6 Monate ärztlich angeraten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Wurde bei Ihnen in den letzten 10 Jahren eine Krebserkrankung festgestellt (z. B. bösartiger Tumor, Leukämie, Lymphome)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel und/oder wurden Sie wegen Drogen- oder Alkoholkonsum ärztlich beraten oder behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bezogen auf derzeit und die letzten 5 Jahre

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4 Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen, Psycho- und Physiotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten beraten, behandelt oder untersucht wegen Krankheiten oder Beschwerden: | | |
| a des Herzens oder der Kreislauforgane (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Aneurysma, Herzschwäche, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, arterielle Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenentzündung, Krampfadern)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, chronisch obstruktive Lungenerkrankung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c der Verdauungsorgane (z. B. Erkrankungen des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Erkrankungen der Nieren, der ableitenden Harnwege, der Gebärmutter, der Prostata, der Brust)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e des Stoffwechsels, Hormonhaushalts oder Blutes (z. B. Diabetes, ärztlich diagnostizierte erhöhte Cholesterin- und/oder Leberwerte, Gerinnungsstörung, Gicht, Schilddrüsenerkrankung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder (z. B. Rückgratverkrümmung, Meniskusschaden, Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenvorfall, Bänderriss, Rheuma, Fibromyalgie, Gelenkentzündung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, Rot-Grün-Blindheit, Netzhauterkrankung, grüner oder grauer Star)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i der Ohren (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Erkrankung des Gleichgewichtsorgans, Schwindelzustände)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Bulimie, Anorexie, Selbsttötungsversuch, psychosomatische Störung, Demenz, Migräne, multiple Sklerose, Epilepsie, Lähmungen, vorübergehender Verlust des Gleichgewichts)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k verursacht durch Verletzungen, Vergiftungen oder Infektionskrankheiten (z. B. Unfälle, Hepatitis, Tuberkulose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4 a bis k genannten Bereiche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente ein (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich Medikamente oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleiches Medikament; auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)? Falls ja, welche:
<input type="text"/>
Wegen welcher Erkrankungen oder Beschwerden?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nikotin (z. B. in Form von Zigarette, e-Zigarette, Zigarre, Zigarillo, Pfeife, Schnupftabak oder Kautabak) konsumiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bezogen auf derzeit

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8 Bitte geben Sie Ihre derzeitigen Körpermaße an: Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg | | |
| 9 Besteht bei Ihnen ein körperliches Gebrechen (z. B. Amputation), ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung , eine HIV-Infektion , ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) , eine Erwerbsminderung (MdE) oder eine Schwerbehinderung (GdB) ?
Falls ja, bitte hier ggf. Grad angeben: GdS: <input type="text"/> % MdE: <input type="text"/> % GdB: <input type="text"/> % | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Bitte geben Sie Ihren Hausarzt an. Ist kein Hausarzt vorhanden, geben Sie bitte Ihren Krankenversicherer an.
Name und Anschrift:
<input type="text"/> | | |
| 11 Betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorradsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport)? Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU , Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA und Kanadas von mehr als 12 Wochen? Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben:
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fortsetzung Seite 2

Titel, Vorname, Name der zu versichernden Person

Versicherungsschein-Nummer

Erklärung

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrter Antragsteller, sehr geehrte Antragstellerin,

die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Darüber hinaus benötigt die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. unseren Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG selbst (unter Ziffer 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter Ziffer 2.)
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG (unter Ziffer 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter Ziffer 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 durch die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs, ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**ACHTUNG:
Eine der zwei
Möglichkeiten
muss angekreuzt
werden!**

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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.

**ACHTUNG:
Bitte ankreuzen!**

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

Fortsetzung Seite 4

Titel, Vorname, Name der zu versichernden Person

Versicherungsschein-Nummer

Erklärung (Fortsetzung)

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, z. B. den Betrieb der Datenserver, die Betreuung von Gerichtsverfahren, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Helvetia Unternehmensgruppe bzw. der Schweizer Konzernmutter oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die andere Stelle.

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste kann im Internet unter www.helvetia.de eingesehen oder bei der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, Abteilung Bestand, T +49 (0) 69 1332-842, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die oben genannte Stelle übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Helvetia Unternehmensgruppe im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

Ich willige ein, dass die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

Unterschriften

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Unterschrift des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Titel, Vorname, Name der zu versichernden Person

Versicherungsschein-Nummer

**Datenschutz-
hinweise**

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.helvetia.de abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an:

Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG
 Weißadlergasse 2
 60311 Frankfurt am Main
 T +49 (0) 69 1332-842
 T +49 (0) 69 1332-515
info@leben.helvetia.de

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

**Summengrenzen
und zusätzliche
Angaben**

Ab einer BU-Jahresrente von mehr als 30.000 Euro (ggf. inklusive Bonus) sind folgende zusätzliche Unterlagen notwendig:

- Ärztliche Untersuchung
 Sie können für die ärztliche Untersuchung zwischen zwei Möglichkeiten wählen (den Untersuchungsumfang entnehmen Sie bitte dem Formular, das Sie von Ihrem Helvetia Vermittler erhalten):
 - Einwilligung zum M-Check (Service durch Medicals Direct):
 Ein Termin, z. B. bei Ihnen zu Hause, wird dann individuell vereinbart;
 oder
 - Ärztliches Zeugnis:
 Die Untersuchung wird bei Ihrem Hausarzt bzw. einem Internisten ausgeführt. Bitte vereinbaren Sie dazu selbst einen Termin.
 - Fragebogen zur finanziellen Risikoprüfung
 - Kopien Ihrer Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre
 (z. B. Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid etc.)
- Falls vorhanden:
- Kopien Ihrer Abschlusszeugnisse der akademischen Ausbildung, Meister-/Technikerprüfung, Fachschule, Berufsausbildung
 - Kopie der Geburtsurkunde oder des Reisepasses/Personalausweises des jüngsten, minderjährigen Kindes im Haushalt
- In Einzelfällen können darüber hinausgehende Unterlagen erforderlich sein.

**Mitteilung nach
§ 19 Abs. 5 VVG**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Versicherungsantrag enthaltenen 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 Helvetia schweizerische Lebensversicherungs-AG, Weißadlergasse 2, 60311 Frankfurt am Main, 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.

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

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 unserer Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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 Anzeigepflichten fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabversicherung 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 Anzeigepflichten, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung, der Anfechtung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl 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.