

## Risikovorfrage: Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Nachname des Antragstellers	Vorname des Antragstellers	Geburtsdatum des Antragstellers
Nachname der zu versichernden Person	Vorname der zu versichernden Person	Geburtsdatum der zu versichernden Person

Zur Bearbeitung Ihrer Risikovorfrage sowie für eine spätere Durchführung Ihres Versicherungsvertrages müssen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

### 1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Rahmen der Risikovorfrage benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. und mein Versicherungsvertreter die von mir im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Risikoprüfung im Rahmen der Risikovorfrage erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

### 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für die Risikoprüfung im Rahmen der Risikovorfrage kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Krankenversicherung a.G. weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung zur Bearbeitung Ihrer Anliegen zwingend erforderlich.

#### 2.1. Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben wie zum Beispiel im Bereich der Risikoprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbandes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufende aktualisierte Liste über Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter [www.continentale.de/datenschutz](http://www.continentale.de/datenschutz). Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

#### 2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Im Zusammenhang mit dieser Risikovorfrage und soweit es zu 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) und mit welchem Inhalt ein Versicherungsvertrag mit Ihnen angenommen werden kann.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten nach Abschluss der Risikoprüfung

Wir und Ihr Versicherungsvermittler speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie zu einem späteren Zeitpunkt Versicherungsschutz beantragen. Die Risikoprüfung gilt auch als abgeschlossen, wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Kommt im Anschluss ein Versicherungsvertrag mit Ihnen zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten zu Vertragszwecken.

Ich willige ein, dass die Continentale Krankenversicherung a.G., mein Versicherungsvertreter und Dienstleister von Versicherungsvermittlern meine Gesundheitsdaten – nach Abschluss der Risikoprüfung – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Risikovorfrage zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ich bin einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten – wenn ein Vertrag mit mir zustande kommt – über den zuvor genannten Zeitraum hinaus zu Vertragszwecken gespeichert werden.

### 4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist die Prüfung und weitere Bearbeitung der Risikovorfrage nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, ist eine weitere Prüfung und Bearbeitung Ihrer Risikovorfrage nicht mehr möglich.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift Antragsteller/in
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person ab 16 Jahren
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
		ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

## Risikoträger

### Continentale Krankenversicherung a. G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund  
 Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),  
 Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),  
 Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,  
 Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel  
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer  
 Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
 Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271  
 USt-ID-Nr.: DE 124 906 368