# Berufsunfähigkeitsversicherung Premium mit AU
# Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne AU
# Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
# Berufsunfähigkeitsversicherung Invest

Barmenia Gothaer

**AN450464**

## Antrag 1/2 Persönliche Daten mit Gesundheitsprüfung

Antragsschlüssel

Daten des Abschlussvermittlers | Daten des Betreuers | Kennnummer-Abrechnungsgruppe

Versicherungsnummer | Fremdaktenzeichen | Marketingschlüssel

**Antragsteller**

Titel, Vorname, Name/Firma

☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert

Staat | Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Nationalität | Geburtsname

Geburtsland | Geburtsort

Telefonnummer | E-Mailadresse

☐ Ich möchte meine Vertragsdokumente an die angegebene E-Mailadresse erhalten.

Beschäftigungsverhältnis: ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung

Derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche | Steueridentifikationsnummer

**Zu versichernde Person,** nur wenn Antragsteller ungleich der zu versichernden Person

Titel, Vorname, Name

☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

☐ ledig ☐ verheiratet/verpartnert

Staat | Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Nationalität | Geburtsname

Geburtsland | Geburtsort | Steueridentifikationsnummer

**Wirtschaftlich Berechtigter**

☐ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine **eigene Veranlassung.** Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

☐ Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen **nicht** auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt:

Titel, Vorname, Name

☐ männlich ☐ weiblich

Straße und Hausnummer

Staat | Postleitzahl | Ort | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

**Juristische Person**

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.)? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, ist das Zusatzblatt „Erweiterte Auskunft zu einer juristischen Person“ auszufüllen und zusammen mit den hierin genannten Unterlagen dem Antrag beizufügen. Das Zusatzblatt finden Sie unter der Druckartikelnummer 114193 im Materialverzeichnis.

**Neue Geschäftsbeziehung**

**Nur zu beantworten, wenn eine Direktversicherung beantragt wird.**

Handelt es sich um eine neu zu begründende Geschäftsbeziehung mit der BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG oder der Gothaer Pensionskasse AG? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, dann reichen Sie uns bitte einen aktuellen Auszug der Firma aus einem amtlichen Register (z. B. Handelsregister) ein.

**Auftretende Person**

Gibt es für den Antragsteller/unseren Vertragspartner eine natürliche Person, die für diesen ausdrücklich auftritt (sogenannte Auftretende Person)? Zu identifizieren ist diejenige Person, die nachweislich im Namen und in Vollmacht des Vertragspartners handelt. ☐ nein ☐ ja

Falls ja, bitte das Zusatzblatt (www.gothaer.de/216653) ausfüllen (wichtige Hinweise sowie Definitionen auf dem Zusatzblatt).

## Angaben der zu versichernden Person

**Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht**

**Achten Sie bitte auf eine vollständige und richtige Beantwortung der nachfolgenden Fragen, da bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht der Versicherer beispielsweise vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern kann. Bitte beachten Sie die Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Schlusserklärung und in den „Erklärungen und wichtigen Hinweisen".**

**Zusätzlich beachten Sie bitte die Erläuterungen zur Durchführung genetischer Tests auf der Seite „Erklärungen und wichtige Hinweise".**

**Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen**

Bestehen für die zu versichernde Person bereits Grundfähigkeits-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen und/oder Versicherungen gegen schwere Krankheiten bei anderen Versicherungsunternehmen oder sind solche Anträge in den **letzten 12 Monaten** gestellt worden?

☐ nein ☐ ja **Versicherung, Versicherungssumme, Versicherungsunternehmen, gekündigt, nicht gekündigt:**

_____

_____

**Fragen zur beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Person**

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? _____

Seit wann? _____ Ist die Probezeit zu Ende? ☐ nein ☐ ja

Branche _____

Beschäftigungsverhältnis ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ öffentlicher Dienst ☐ ohne Beschäftigung

☐ derzeit Ausbildung/Studium zu: _____

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

☐ kaufmännische Ausbildung ☐ handwerkliche/technische Ausbildung
☐ Studium ☐ derzeit in Ausbildung/Studium
☐ sonstiges (z. B. ungelernt, nicht abgeschlossene(s) Ausbildung/Studium):

_____

Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten selbstständig gemacht oder beabsichtigen Sie, sich in den nächsten 12 Monaten selbstständig zu machen?

☐ nein ☐ ja, als: _____

**Nur zu beantworten, wenn eine BU-Rente > 18.000 EUR jährlich (jeweils inkl. bestehender Vorversicherungen und inkl. Sofortbonus) beantragt ist oder ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist.**

Wie hoch war Ihr jährliches Bruttoarbeitseinkommen (bei Selbstständigen: Gewinn bzw. Jahresüberschuss vor Steuern) während der letzten drei Jahre?

Im Jahr _____: _____ **EUR** Im Jahr 20 _____: _____ **EUR** Im Jahr 20 _____: _____ **EUR**

**Bei Berufsstartern:** Wie hoch ist Ihr vereinbartes jährliches Bruttoarbeitseinkommen? _____ **EUR**

**Zusatzfragen**

1. Zu wieviel Prozent üben Sie eine Innendiensttätigkeit mit kaufmännischen Aufgaben oder Büro-, Planungs-, Entwicklungs-, Beratungs- oder Verwaltungsarbeiten aus? ☐ mindestens 75 % ☐ weniger als 75 %
2. Wie hoch ist bei Ihrer Tätigkeit der Anteil belastender Einflüsse, z. B. durch körperliche und handwerkliche Arbeit, Schicht- oder Wechseldienst, Nachtarbeit oder Fahrtätigkeit? ☐ mindestens 25 % ☐ weniger als 25 %
3. Wie viele fest angestellte Voll- bzw. Teilzeitmitarbeiter (nicht: geringfügig Beschäftigte) führen Sie als disziplinarischer Vorgesetzter? ☐ mindestens 7 ☐ weniger als 7
4. Bitte geben Sie Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an:
   - ☐ abgeschlossenes Studium an einer staatlich anerkannten Hoch- oder Fachhochschule
   - ☐ beruflicher Abschluss als Techniker/Meister oder an einer Fachschule
   - ☐ Abschluss eines staatlich anerkannten Ausbildungsberufs
   - ☐ schulischer Abschluss
   - ☐ keinen

5. Haben Sie in den **letzten 12 Monaten** geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? Hierzu zählt z. B. der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Kautabak, Snus, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) oder auch die Verwendung elektrischer Verdampfer wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, wie auch die Verwendung von Tabakerhitzern wie z. B. IQOS. ☐ nein ☐ ja

## Angaben zum Gesundheitszustand

**Bitte immer beantworten, da eine Gesundheitsprüfung erforderlich ist. Sollte der Platz für die Beantwortung nicht ausreichen, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (215905) auszufüllen und beizufügen.**

**gesondertes Beiblatt?** ☐ ja

Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an: **Größe** in cm _____ **Gewicht** in kg _____

| | nein ▼ | ja ▼ |
|---|---|---|
| 1. Waren Sie in den **letzten 36 Monaten** länger als ununterbrochen **10 Tage** arbeitsunfähig bzw. länger als **10 Tage** nicht in der Lage Ihrer ärztlichen Tätigkeit nachzugehen? | ☐ | ☐ |
| 2. Haben Sie in den **letzten 36 Monaten** Ihre Arbeitszeit reduziert? | ☐ | ☐ |
| 3. Bestehen und bestanden bei Ihnen in den **letzten 36 Monaten** Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Beschwerden des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs, des Magen-Darm-Traktes, Zuckerkrankheit, neurologische Erkrankungen, Multiple Sklerose, Krebserkrankungen, Beschwerden der Augen, der Atmungsorgane, rheumatische Erkrankungen oder Infektionskrankheiten?<br>Ausgenommen hiervon sind sogenannte Bagatellerkrankungen, ausdrücklich temporäre Grippeerkrankungen. | ☐ | ☐ |
| 4. Wurde bei Ihnen ein Grad der Behinderung (GDB), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, bzw. haben Sie jemals einen Antrag gestellt? | ☐ | ☐ |
| 5. Haben Sie jemals einen Antrag auf Leistungen bei dem für Sie zuständigen ärztlichen Versorgungswerk gestellt? Hierzu zählen auch Anträge auf Leistungen zur Einstellung einer Ersatzkraft oder Übergangsleistungen? | ☐ | ☐ |
| 6. Haben Sie in den **letzten 36 Monaten** verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen? | ☐ | ☐ |

## Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen (ggf. Beiblatt 215905 nutzen)

**Frage Nr. 1**

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen). Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche? Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

**Frage Nr. 2**

Wann haben Sie die Arbeitszeit reduziert?

Aus welchen Gründen wurde die Arbeitszeit reduziert?

Wie hoch war die vereinbarte Wochenarbeitszeit vor der Reduzierung?

Wie hoch ist die aktuell vereinbarte Wochenarbeitszeit?

**Frage Nr. 3**

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen). Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche? Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

**Frage Nr. 4**

Aufgrund welcher Erkrankung wurde ein GDB, ein GDS, eine MdE oder eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zuerkannt bzw. ein Antrag gestellt?

Welche Einschränkungen bestehen aktuell?

Bei einem anerkannten GDB, GDS, einer anerkannten MdE oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit reichen Sie uns bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides ein.

**Frage Nr. 5**

Aus welchen Gründen haben Sie einen Antrag auf Leistungen des Versorgungswerkes gestellt?

Über welchen Zeitraum haben Sie Leistungen aus dem Versorgungswerk bezogen?

**Frage Nr. 6**

Genaue Krankheitsbezeichnung, Diagnose (Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen und Untersuchungen).
Medikamente (Name, Dosis, Dauer der Einnahme)? Bestehen Folgen der Erkrankung? Wenn ja, welche?
Erfolgte ein stationärer Aufenthalt? Wenn ja, welcher? Ist die Erkrankung wiederholt aufgetreten?

Beginn, Ende, Dauer

Bei wem? Wo (Arzt, Krankenanstalten, Sanatorien etc. mit Name, PLZ, Ort)?

**Hausarzt**

Gibt es einen Hausarzt bzw. Arzt, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse der zu versichernden Person Bescheid weiß? ☐ nein ☐ ja

Vorname, Name und vollständige Anschrift

Fachrichtung | in Behandlung seit

**Besondere Gefahren der zu versichernden Person**

Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. Umgang mit Sprengstoffen, energiereichen Strahlen, gesundheitsschädlichen Stoffen? ☐ nein ☐ ja

Bitte erläutern Sie:

Sind für die zu versichernde Person in den **nächsten 12 Monaten** Aufenthalte außerhalb der EU, Schweiz, Großbritannien, Norwegen, Island, USA, Kanada von mehr als 12 Wochen geplant? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann, wohin und wie lange?

**Bezugsrecht im Erlebensfall**

Für den Erlebensfall wird als bezugsberechtigt festgelegt: **Versicherungsnehmer**

**Betriebliche Altersversorgung (Direktversicherung)**

Versicherung aus
☐ Entgeltumwandlung
☐ Arbeitgeberfinanzierung

Personalnummer

Eintritt in die Firma

Unverfallbarkeit
☐ gesetzlich
☐ vertraglich ab Beginn

**Bezugsrecht**

Entgeltumwandlung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person.

Firmenfinanzierung: Unwiderrufliches Bezugsrecht für die versicherte Person, sofern die Voraussetzungen für die Unverfallbarkeit eingetreten sind, ansonsten widerruflich.

**Besondere Vereinbarungen**

# SEPA-Lastschrift-Mandat

**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**

BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Gläubiger ID DE16ZZZ00000070200

**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) Im europäischen Währungsraum nicht erforderlich. Name des Geldinstituts

**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

**Abbuchungstermin**

☐ 1. eines Monats ☐ 15. eines Monats (nicht bei fondsgebundenen Tarifen/nicht bei Einmalbeiträgen) ☐ wie bisher

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die **Gothaer Pensionskasse AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de.** Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO 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.

# Einwilligungserklärung

**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 BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG (nachfolgend: Versicherer) die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rech nungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heil berufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer 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:

**Möglichkeit I:**

☐ **Ich willige ein,** dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflege personen 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 Schwei ge pflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weiter gege ben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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 wider sprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möglichkeit II:**

☐ Ich wünsche, dass mich der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer 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 den Versicherer 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.

**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 den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Abfrage von Gesundheitsfragen bei Dritten).

**Möglichkeit II:**

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

**Hinweis zum Bezugsrecht**

Hiermit bestätige ich, dass die bezugsberechtigte Person der Versicherungsleistung im Fall der Berufsunfähigkeit die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß §15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung (AO) ist.

(Das sind: Ehegatten oder Lebenspartner, Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie, Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Geschwister der Eltern.)

**Schluss-erklärungen**

Die auf den folgenden Seiten beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“** insbesondere zur **„Vorvertraglichen Anzeige-pflicht“,** und zur **„Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten“** habe ich zur Kenntnis genommen. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache sie zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag einen Monat gebunden. Mein Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

**Einwilligung zur Daten-verarbeitung**

Weiterhin habe ich die **auf den Folgeseiten** des Antrags **abgedruckten Erläuterungen** zur **„Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten“,** zur **„Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten“** – wie die **„Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung“,** die **„Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)“,** die **„Datenweitergabe an Rückversicherungen“** und die **„Datenweitergabe an selbstständige Vermittler“** – sowie zur **„Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt“** zur Kenntnis genommen **und willige durch meine nachstehende Unterschrift** in **dem dort beschriebenen Umfang** in die **Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten durch die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG** ein.

**Unter-schriften**

Ort, Datum

Zu versichernde Person

Gesetzlicher Vertreter

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Vermittler

Kommunikationsdaten Vermittler

**Denken Sie an ggf. erforderliche Zusatzfragebögen, wenn Sie eine oder mehrere Gesundheitsfragen mit „ja“ beantwortet haben.**

**Bitte immer den „Antrag (2/2): Tarifdaten“ beifügen.**

**Empfangs-bekenntnis**

Ich bestätige, dass ich den **„Antrag (2/2): Tarifdaten“** sowie alle **nachfolgend aufgeführten** Unterlagen vor Antragstellung erhalten habe:

- ☒ Produktinformationsblatt
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium mit Arbeitsunfähigkeitsleistungen
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Premium ohne Arbeitsunfähigkeitsleistungen
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Direktversicherung Berufsunfähigkeitspolice
- ☐ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Invest
- ☐ Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers zum Empfangsbekenntnis

# Erklärungen und wichtige Hinweise

**Vorvertragliche 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, wahrheits-gemäß 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?**

**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 der Prämie 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 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 prämienfreie 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 Anzeigepflicht 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 die Prämie 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.

**Einwilligung in Auskünfte über das allgemeine Zahlungsverhalten**

**Ich willige ein,** dass die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z.B. im Schadenfall) Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von einer Auskunft (z. B. Creditreform, SCHUFA) bezieht und nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

**Vorläufiger Versicherungsschutz**

Auf Grund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebens versicherung“.

**Gesundheitsprüfung**

Wenn die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, ist sie aber berechtigt, eine Prüfung zu verlangen oder den Antrag abzulehnen, wenn sie Kenntnis von erkennbaren erschwerten Risiken hat.

**Prädiktiver Gentest**

Gemäß § 18 GenDG darf der Versicherer von Versicherten weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen.

Die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen darf der Versicherer nur dann verlangen, entgegennehmen oder verwenden, wenn für eine Lebensversicherung, eine Berufsunfähigkeitsversicherung, eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung oder eine Pflegerentenversicherung eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR Jahresrente vereinbart wird.

**Sonstige Hinweise**

Für die **Aufnahme des Antrags** fallen **keine gesonderten Gebühren oder Kosten** an.

Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht.

**Wechsel des Versicherers**

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung ist im Allgemeinen für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig und kann zu wirtschaftlichen Nachteilen führen.

**Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle**

Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen ausgehändigten Kundeninformationen.

**Vertragsgrundlagen**

Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

**Hinweise zur Datenverarbeitung und den Ihnen zustehenden Rechten nach Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)**

Nach Art. 13 DS-GVO möchten wir Ihnen Informationen zur Datenverarbeitung geben. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln, E-Mail info@gothaer.de. Alle weiteren Informationen nach Art. 13 DS-GVO finden Sie im entsprechenden Informationsblatt, welches diesem Antrag als Anlage beigefügt ist. 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 auch unter www.gothaer.de/datenschutz.

# Einwilligung zur Datenverarbeitung

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Daten schutzvorschriften 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 BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (im folgenden Versicherer genannt) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Der Versicherer 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 Versicherugsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch den Versicherer selbst,
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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.

**Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten**

**Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer.**

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

**Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten**

**Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers.**

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

**Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

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

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

Der Versicherer führt 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 unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen 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 eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

**Ich willige ein,** dass der Versicherer 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 der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer 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 Rück versicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer 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 den Versicherer aufgrund 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 der Versicherer 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 den Versicherer 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 den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Der Versicherer 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 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 vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

**Ich willige ein,** dass der Versicherer 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.

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

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

**Ich willige ein,** dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antrag stellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

**Gesellschaft: BarmeniaGothaer Lebensversicherung AG**
Sitz: Arnoldiplatz 1, 50969 Köln (Hausanschrift)
Aufsichtsrat: Dr. h. c. Josef Beutelmann (Vorsitzender)
Vorstand: Alina vom Bruck (Vorsitzende)
Thomas Bischof, Dr. Sylvia Eichelberg, Harald Ingo Epple,
Dr. Andreas Eurich, Frank Lamsfuß, Christian Ritz, Oliver Schoeller

**Postanschrift: 50598 Köln**
Rechtsform: Aktiengesellschaft
USt-IdNr.: DE122786654
Registergericht: Amtsgericht Köln, HRB 21433

450464_09-26

# Datenschutz-Informationsblatt

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BarmeniaGothaer und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Bitte beachten Sie, dass die vorliegenden Datenschutzhinweise ergänzend zu weiteren Datenschutzhinweisen gelten, die z. B. im Rahmen der Antragstellung ausgegeben werden.

**Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Verantwortlich im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) für die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung ist jeweils das Unternehmen, mit dem Sie in Kontakt stehen oder mit dem Sie einen Vertrag schließen oder bereits geschlossen haben oder das aus anderen Gründen datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist. Für die jeweiligen Sparten und Produktgruppen sowie Services der BarmeniaGothaer sind dies:

Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

Barmenia Versicherungen a.G.
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal
E-Mail: info@barmenia.de

BarmeniaGothaer AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Allee 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Krankenversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Lebensversicherung AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Pensionskasse AG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Gothaer Versicherungsbank VVaG
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln
E-Mail: info@gothaer.de

Das in Ihrem Fall jeweils tätige Unternehmen ist für die Datenverarbeitung grundsätzlich allein oder gemeinsam mit anderen Unternehmen des BarmeniaGothaer Konzerns verantwortlich und gibt Ihre Daten grundsätzlich nur in den in diesen Datenschutzhinweisen genannten Situationen an andere Unternehmen des BarmeniaGothaer Konzerns weiter. Wenn nachfolgend von „wir“ oder BarmeniaGothaer“ die Rede ist, ist jeweils das in Ihrem Fall tätige Unternehmen gemeint.

Das Datenschutzteam der BarmeniaGothaer erreichen Sie per E-Mail unter: datenschutz@gothaer.de. Sie können sich zudem postalisch auch direkt an den **Datenschutzbeauftragten** der BarmeniaGothaer richten, indem Sie an die o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – schreiben.

**Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ *(„Code of Conduct“)* verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz abrufen.

**Antragstellung und Durchführung des Vertrages –** Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns.

Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Am Ende einer Vertragsbeziehung werden die Daten zu Ihrer Person auch zur Abwicklung der Beendigung verwendet. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.** Die Daten aller mit einer der genannten BarmeniaGothaer-Unternehmen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Bedarfsermittlung und Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Angaben zu einem Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist, wie hoch der Schaden ist und um die Schadensabwicklung vornehmen oder Regressforderungen und ggf. vertragliche Anpassungen prüfen zu können. Von uns übernommene Risiken versichern wir im Anschluss bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. auch Schadensdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko

116991_12-25

oder den Versicherungsfall machen kann. Soweit Sie von einem Versicherungsvermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadensdaten. In diesem Zusammenhang erhalten wir diese Daten von Ihrem Vermittler zur Anpassung Ihrer Verträge und wir stellen dem Sie betreuenden Vermittler Daten zur Verfügung, soweit dies zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten erforderlich ist. Um Ihre bei der Antragstellung (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) oder bei Eintritt eines Versicherungsfalls gemachten Angaben überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann ein Austausch von personenbezogenen Daten mit einem anderen Versicherer erforderlich sein.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit für diese Verarbeitungen besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 6 Abs 1 a) DS-GVO ein.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Soweit hierzu Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden, werden diese soweit möglich zunächst anonymisiert, d. h. sie werden so verändert, dass diese Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Alle Versicherungsunternehmen müssen an die Versicherungsaufsicht versicherungsspezifischen Statistiken liefern, die daraus wiederum verschiedene Gesamtstatistiken erstellt. Wir nutzen versicherungsspezifischen Statistiken auch zur Planung und Umsetzung strategischer Maßnahmen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Steuerung unserer internen Geschäftsprozesse sowie der Entwicklung bedarfsgerechter Tarife. Soweit wir versicherungsspezifischen Statistiken an die Versicherungsaufsicht weitergeben müssen, ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO i.V.m den versicherungsrechtlichen Vorgaben.

Erstellen wir Statistiken auf Grundlage von besonderen Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten), erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

**IT-Sicherheit und IT-Betrieb –** Wir verarbeiten Ihre Daten auch zum Zweck der Gewährleistung der IT-Sicherheit und des störungsfreien IT-Betriebs. Wir erfassen z. B. Zugriffe auf unsere Datenbankstrukturen, analysieren diese im Hinblick auf Auffälligkeiten und untersuchen Dateien um ggf. Maßnahmen zur Abwehr von IT-Sicherheitsrisiken und zum Schutz vor Schadsoftware ergreifen zu können. Wir überwachen die datenverarbeitenden Systeme zudem, um deren Verfügbarkeit sicherstellen zu können und dokumentieren Fehler der Systeme, um diese analysieren und korrigieren zu können. Soweit es bei diesen Maßnahmen auch zu einer Verarbeitung Ihrer Daten kommt, beruht diese Verarbeitung auf unseren berechtigten Interessen an einem störungsfreien und sicheren Betrieb unserer Systeme gem. Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO.

**Kommunikations- und Kollaborationssoftware –** Um einen ortsungebundenen Austausch via Chat und Audio- und Videokonferenzen zu gewährleisten, setzen wir Kommunikations- und Kollaborationssoftware, wie z. B. Microsoft Teams ein. Im Zuge dessen verarbeiten wir Kontaktinformationen, insbesondere Vor- und Nachname, ggf. Titel, (geschäftliche) Telefonnummer, (geschäftliche) E-Mail-Adresse, Angaben zur geschäftlichen bzw. beruflichen Tätigkeit, Audio- und/oder Videodaten von Teilnehmern der Audio- bzw. Video-Konferenzen, technische Daten sowie sonstige im Zusammenhang mit der Kommunikation oder Zusammenarbeit stehende Angaben, sofern sie für die Bereitstellung der in Anspruch genommenen Dienste und Funktionen erforderlich sind. Bei der Verwendung der Anrufbeantworterfunktion bei eingehenden Gesprächen werden aufgesprochene Nachrichten in Text umgewandelt und gemeinsam mit der Audiodatei per E-Mail an den gewünschten Gesprächspartner übermittelt. Audio- und Videodaten, die während einer Audio- bzw. Videokonferenz oder eines Screen-Sharings entstehen, werden für die Dauer der Konferenz verarbeitet und anschließend gelöscht. Eine weitergehende Aufbewahrung der Aufzeichnungen erfolgt nicht ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung. Textnachrichten (Chats) sowie Dateien, die im Zuge des Einsatzes einer Kollaborationssoftware ausgetauscht werden, werden gelöscht oder anonymisiert, sobald ihre Kenntnis nicht mehr erforderlich ist. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO soweit sie der Beratung eines Interessenten oder Kunden dienen, sowie Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO, sofern sie den störungsfreien und sicheren Betrieb der Software betreffen.

**Risikobeurteilung, Missbrauchsprävention und Aufklärung von Straftaten –** Insbesondere im Zusammenhang mit Vertragsschlüssen, Risikobeurteilungen, Missbrauchsprävention und Aufklärung von Straftaten nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch oder sonstige Straftaten hindeuten können. Wir nutzen hierbei auch das gemeinsame Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) der Besurance HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Sofern die o. g. Unternehmen am Informationsaustausch mit dem HIS teilnehmen, ist dies in den jeweiligen Versicherungsunterlagen kenntlich gemacht. Im Falle eines begründeten Verdachts werden Angaben zum Sachverhalt und den beteiligten Personen auch zur Aufklärung von etwaigen Straftaten genutzt. Darüber hinaus unterstützen uns auch Rückversicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen. In diesem Zusammenhang übermitteln wir Ihre Daten an Rückversicherer jedoch stets nur soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen an einer sachgerechten Risikoeinschätzung erforderlich ist. Sofern infolge der Risikobeurteilung Hinweise auf erhöhte Risiken deuten, werden wir Sie hierzu kontaktieren und ggf. vor der weiteren Bearbeitung des Vorgangs weitere Nachfragen erbitten. Sofern sodann besondere oder erhöhte Risiken festgestellt werden, können diese im Rahmen einer Angebots- oder Vertragsanpassung berücksichtigt werden. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer effizienten Missbrauchsprävention und Risikobewertung sowie der Eindämmung der Risiken und Schäden.

**Werbung und Kundenzufriedenheit –** Wir verwenden die Daten, die wir von Ihnen erhalten haben, um Sie z. B. postalisch oder – sofern Sie dem zugestimmt haben – auch telefonisch, per E-Mail oder Textnachrichten auf unsere Produkte und Leistungen sowie für andere Produkte der Unternehmen des BarmeniaGothaer-Konzerns und deren Kooperationspartner hinzuweisen oder um Sie zu Ihrer Kundenzufriedenheit zu befragen. Wenn wir Ihre E-Mail-Adresse im Zusammenhang mit einem Vertragsschluss erhalten haben, verwenden wir diese auch für werbliche

E-Mails zu Produkten und Leistungsangeboten, die zu Ihrem Bedarf passen. Diese Mitteilungen können Sie jederzeit abbestellen oder Sie können der werblichen Ansprache insgesamt widersprechen. Hinweise hierzu finden Sie in jeder werblichen Mitteilung. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer Bewerbung unserer Produkte und Leistungen. Soweit Sie eine Einwilligung zum Erhalt von werblichen Mitteilungen abgegeben haben, ist diese gem. Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO Rechtsgrundlage für die werbliche Kontaktaufnahme. Zur Messung unseres Marketingerfolges werten wir die Leistungskennzahlen unserer Marketingkampagnen aus und prüfen anhand eines individuellen Schlüssels, ob die Kampagne zu einem Versicherungsantrag- bzw. Versicherungsvertrag geführt hat. Die Ergebnisse der Marketinganalysen werden in Berichtformaten und Dashboards auf aggregierte Ebene dargestellt, um darauf basierend Handlungspotentiale abzuleiten. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer Steuerung und Optimierung unserer Marketing- und Vertriebsaktivitäten.

**Bonitätsauskünfte –** Im Rahmen der Antragstellung bei der Lebensversicherung, der Kfz-Haftpflichtversicherung, der Krankenvollversicherung außerhalb des Basistarifs sowie im Fall von nicht gezahlten Versicherungsbeiträgen fragen wir bei einer Auskunftei (z. B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an einer sachgerechten Einschätzung des Zahlungsausfallsrisikos. Sofern darüber hinaus in anderen Situationen Informationen von Auskunfteien eingeholt werden sollen, wird hierfür gesondert Ihre Einwilligung erbeten.

**Einsatz digitaler Assistenzsysteme und Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme –** Im Rahmen unserer internen Abläufe, z. B. bei der Bearbeitung eingehender Kundennachrichten und sonstiger Mitteilungen, nutzen wir auch digitale Assistenzsysteme. Bei der Eingangsbearbeitung können wir so nachvollziehen, welche Arten von Dokumenten und Mitteilungen uns erreichen. Wir analysieren diese mit dem Ziel die weitere Bearbeitung zu beschleunigen, Angaben aus den Dokumenten in unsere digitalen Systeme zu überführen und die interne Zuteilung von Vorgängen effizient zu gestalten. Der Einsatz der digitalen Assistenzsysteme erfolgt, um die anfallenden Tätigkeiten zu unterstützen und die Abläufe zu optimieren. Die Assistenzsysteme werden dabei auch angelernt und weiter verbessert. Wir verarbeiten Ihre Daten aus dem Vertragsverhältnis einschließlich den bei der Kontaktaufnahme mit dem Kundenservice verarbeiteten Daten dabei daher sowohl zu den Zwecken, über die wir Sie bei der Erhebung informiert haben als auch darüber hinaus für weitere, damit vereinbare Zwecke im Rahmen der gesetzlichen Regelungen und unter konsequenter Einhaltung unserer auch sonst gewährleisteten Sicherheitsstandards. So werden z. B. Eingangs-Dokumente nicht nur verarbeitet, um den jeweiligen Vorgang zu bearbeiten, sondern zugleich, um unsere internen digitalen Assistenzsysteme weiter zu optimieren. Rechtsgrundlage für die Nutzung der Daten zur Weiterentwicklung unserer Abläufe und Systeme ist Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO beruhend auf unserem Interesse an deren stetiger Optimierung.

**Gesetzliche Verpflichtungen –** Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Mitteilungspflichten, geldwäscherechtlicher Identifikationspflichten oder unserer Beratungspflicht. Im Rahmen von Vertragsbeziehungen mit gewerblichen Kunden verarbeiten wir auch öffentlich verfügbare Informationen (z. B. aus dem Handelsregister), um unserer geldwäscherechtlichen Pflicht zur Identifikation der wirtschaftlich Berechtigten nachzukommen. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1c) DS-GVO i.V.m den jeweiligen gesetzlichen Regelungen.

**Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre Daten werden grundsätzlich nur dann an Dritte gegeben, soweit dies im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag oder einer Schadensregulierung erforderlich ist, ein berechtigtes Interesse an der Weitergabe besteht oder Ihre Einwilligung hierfür vorliegt. Darüber hinaus können Ihre Daten an Dritte übermittelt werden, soweit wir aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vollstreckbarer behördlicher oder gerichtlicher Anordnungen hierzu verpflichtet sind.

**Rückversicherer –** Eine Datenweitergabe erfolgt potentiell im Rahmen der Rückversicherung unserer Risiken oder zur Risikobewertung.

**Vermittler –** Eine Datenweitergabe erfolgt, sofern Ihr Vermittler Angaben zur sachgerechten Beratung und Betreuung in den Sie betreffenden Versicherungsangelegenheiten benötigt.

**Frühere oder weitere Versicherer –** Eine Weitergabe der Daten zu einem Vertrag erfolgt im Rahmen eines Antrags oder auch bei der Schadensabwicklung, um die Daten mit dem von Ihnen angegebenen vorherigen Versicherer oder weiteren Versicherern abzugleichen.

**Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) –** In der gemeinsamen Hinweisdatenbank der Versicherungswirtschaft werden in bestimmten Konstellationen Angaben zu Versicherungsfällen, versicherten Personen und Gegenständen gespeichert, um besondere Schadensfolgen, Auffälligkeiten und erschwerte Risiken wie z. B. gefahrenträchtige Berufe identifizieren und im Rahmen der Risikobewertung berücksichtigen zu können.

**Datenverarbeitung in Konzernunternehmen –** Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unseres Konzerns nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für Unternehmen im Konzern zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Konzerns besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für das gemeinsame Kundenservice-Center und den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für die zentrale Bearbeitung steuerlicher oder rechtlicher Sachverhalte, für das Forderungsmanagement, Auszahlungen von Versicherungsleistungen oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen des Konzerns verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.
Die Dienstleisterliste finden Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz.

**Externe Dienstleister –** Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.gothaer.de/datenschutz einsehen.

**Behördliche Empfänger –** Zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten oder im Rahmen der Aufklärung von Straftaten können personenbezogenen Daten auch an Behörden weitergegeben werden (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanz- oder Strafverfolgungsbehörden). Im Zusammenhang mit Abkommen zum internationalen Informationsaustausch der Finanzbehörden (z. B. CRS, FATCA-Abkommen) kann das Bundeszentralamt für Steuern von uns Daten anfordern.

**Datenübermittlung in Drittländer**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

**Dauer der Datenspeicherung**

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten noch für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (z. B. gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Wenn Sie eine Eingabe an den Datenschutzbeauftragten richten, werden die im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Eingabe erhobenen personenbezogen Daten nach der abschließenden Bearbeitung der Anfrage für 3 Jahre aufbewahrt. Erfolgt die Eingabe bei einer Aufsichtsbehörde, beträgt die Aufbewahrungszeit 5 Jahre. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

**Betroffenenrechte**

Sie können unter den o. g. Adressen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Falls gespeicherte Daten falsch oder nicht mehr aktuell sein sollten, haben Sie das Recht diese Daten berichtigen zu lassen. Sie können außerdem die Löschung Ihrer Daten verlangen. Sollte die Löschung aufgrund entgegenstehender gesetzlicher Pflichten nicht möglich sein (z. B. wegen der Aufbewahrungspflichten nach dem Geldwäschegesetz oder der Abgabenordnung), werden die Daten gesperrt, so dass sie nur noch für diesen gesetzlichen Zweck verfügbar sind. Sie können die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten außerdem einschränken lassen, wenn z. B. die Richtigkeit der Daten von Ihrer Seite angezweifelt wird. Ihnen steht weiterhin ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu.

**Widerspruchsrecht**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

**Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Auf die Folgen eines Widerrufs wird im Rahmen der Einwilligungserklärungen stets hingewiesen. Bei Fragen hierzu wenden Sie sich an die o. g. Kontaktdaten.**

**Profiling und automatisierte Einzelfallentscheidungen**

Soweit wir automatisierte Abläufe, digitale Assistenzsysteme und künstliche Intelligenz einsetzen, erfolgt dies grundsätzlich zur Verbesserung unserer Angebote und internen Abläufe, zur Kundengewinnung und Kundenbindung, zur Betrugsbekämpfung und zur Optimierung unseres Marketings.

Dabei ist üblicherweise ein menschlicher Mitarbeiter in die Vorgänge und Entscheidungen involviert. In einigen Konstellationen erfolgen aber Abläufe zur schnellen und effizienten Abwicklung auch automatisiert. Dies betrifft insbesondere die Automatisierung des Gesundheitsfragebogens, die automatische Rechnungsprüfung sowie das automatisierte Inputmanagement für Anliegen-Priorisierung bzw. Routing.

Wir verarbeiten Ihre Angaben und Informationen zu Ihren Versicherungsverträgen, um bestimmte Aspekte unserer Kunden- und Vertragsbeziehungen zu analysieren und Wahrscheinlichkeiten im Hinblick auf bestimmte Konstellationen abzuschätzen (sog. Profiling). So können wir beispielsweise bei der Antrags-, Vertrags- sowie Schaden- und Leistungsbearbeitung schnelle Entscheidungen auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmalen treffen (sog. automatisierte Einzelfallentscheidung).

Die Berechnung der hierfür zugrunde gelegten Wahrscheinlichkeitswerte erfolgt nach mathematisch-statistisch anerkannten und bewährten Verfahren. Soweit Entscheidungsprozesse mithilfe künstlicher Intelligenz erfolgen, beruhen diese allein auf mathematisch-statistischen Auswertungen. Andere Modelle künstlicher Intelligenz sind derzeit nicht vorgesehen. Technische und organisatorische Maßnahmen sowie interne Prüfmechanismen stellen die Richtigkeit der Berechnungen sicher. Die automatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken zu unseren Versicherungsprodukten und den daraus abgeleiteten Regeln und Grenzwerten.

Sollte aufgrund einer automatisierten Prüfung ein Antrag abgelehnt werden, werden wir Sie hierüber informieren. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. So können Sie das Ergebnis der automatisierten Entscheidung durch unsere Mitarbeiter nachprüfen lassen. Diese Rechte bestehen indes nicht, wenn Ihrem Begehren, also z. B. Ihrem Antrag, vollumfänglich stattgegeben wurde.

**Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf