

Anlage Z für PensionsRente Komfort Betriebliche Altersversorgung - Beantragung von Zusatzversicherungen -

Sparkassen
Pensionskasse AG
Korrespondenzanschrift:
Wargauer Straße 30
81539 München

Sparkassen-Finanzgruppe

Vorstand:
Thomas Grüntker,
Jens Wilhelm Zeller
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Wolfgang Wiest

Telefon 089 2160 -9797
Telefax 089 2160 -9600
www.s-pension.de
info@s-pension.de
Sitz der Gesellschaft: Köln

IBAN: DE74 7005 0000 0003 5681 91
BIC: BYLADEMMXXX
Handelsregister: AG Köln HRB 61751
Anna-Schneider-Steig 8-10, 50678 Köln

**Mitteilung
über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Gesundheitsfragen in dieser Anlage Z der Beitrittserklärung 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 Sparkassen Pensionskasse AG, Deisenhofener Straße 63, 81539 München, in Textform nachzuholen.

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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.

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.

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.

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 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.

Wichtiger Hinweis

Die „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ haben wir gelesen.

Ort, Datum

Versicherungsnehmer
(Firmenstempel / Unterschrift Arbeitgeber)

X

Vertragsnummer Gruppen-/Rahmenvertrag

Abrechnungsgruppennummer (wenn bekannt)

Teilversicherungsscheinnummer

Versicherte Person

Frau

Mann

Personenkreis

Geburtsdatum

Name, Vorname

erlernter Beruf

derzeit ausgeübter Beruf

Einschluss von Zusatzversicherungen (Die folgenden Angaben gelten für Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge.)

Gesamtbeitrag

Arbeitgeberbeitrag

Arbeitnehmerbeitrag

Berufsunfähigkeitsversicherung

Beitragsbefreiung

Die Berufsunfähigkeitsversicherung erlischt, wenn die Rentenversicherung beitragsfrei gestellt wird oder in einem Kalenderjahr keine Beiträge gezahlt werden.

Erläuterung der Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei Einschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung entfällt bei Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 der „Besonderen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung“ der Beitrag.

Für die Zusatzversicherung gelten die „Allgemeine Versicherungsbedingungen“ und die „Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung“.

Gesundheitserklärung – Wichtige Hinweise an die zu versichernde Person

Achten Sie bitte auf eine vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der nachfolgenden Fragen in Textform. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Die in den Fragen enthaltenen Beispiele stellen keine vollständige Aufzählung dar, sondern sollen die Bandbreite der erfragten Gesundheitsstörungen verdeutlichen.

Verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht, sind wir nach § 19 VVG berechtigt, abhängig von Ihrem Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, diesen zu kündigen oder anzupassen. Dies kann zum vollständigen Verlust Ihres Versicherungsschutzes und/oder zu unserer Leistungsfreiheit führen, auch rückwirkend bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht der auf Seite 2 aufgeführten „Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“. Unabhängig davon können wir unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages nach § 22 VVG i.V.m. §§ 123, 124 BGB auch anfechten, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt durch Sie beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung). Sie haben dann keinen Versicherungsschutz. Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, nehmen Sie die Beantwortung bitte – mit Ihrer Unterschrift versehen – auf einem gesonderten Blatt vor. Vermerken Sie es bitte in diesem Antrag. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind uns unverzüglich in Textform nachzureichen. Vermerken Sie auch dies bitte in diesem Antrag.

Vollgesundheitserklärung (VGE)

Körpergröße und -gewicht:

cm

kg

Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt?

ja

nein

Fragen an die zu versichernde Person

1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

- a) **des Kreislaufes, des Herzens, der Arterien, der Venen**
(z.B. Bluthochdruck, Kollaps, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Embolie, Thrombose)? ja nein
- b) **des Stoffwechsels**
(z.B. Entzündung der Schilddrüse wie Hashimoto- oder Basedow-Krankheit, Schilddrüsenknoten, Zuckerkrankheit, Gicht, medikamentös behandlungsbedürftige Blutfetterhöhung)? ja nein
- c) **der Atmungsorgane**
(z.B. Asthma, medikamentös behandlungsbedürftige chronische Bronchitis, Lungenemphysem, beruflich bedingte Atemwegserkrankung)? ja nein
- d) **der Verdauungsorgane**
(z.B. Speiseröhrentzündung, chronische Darmentzündung wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, Gallensteine, Leberentzündung, Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenerkrankung)? ja nein
- e) **der Harn- und Geschlechtsorgane**
(z.B. Blasenentleerungsstörung, Nierensteine, Nierenfunktionsstörung, krankhafte Veränderung im Bereich der Prostata, der Gebärmutter, der Brust)? ja nein
- f) **des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven**
(z.B. mehr als einmal wöchentlich Kopfschmerzen und/oder Schwindel, Krampfanfälle, Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmung, Nervenentzündung oder -schädigung, anhaltendes Taubheitsgefühl)? ja nein
- g) **des Blutes, der Milz**
(z.B. Blutarmut, Leukämie)? ja nein
- h) **in Form von Geschwülsten/Tumoren**
(z.B. Darmpolyp, Lymphknotenschwellung, Hirntumor, Hautkrebs, Krebserkrankung anderer Organe)? ja nein
- i) **des Immunsystems, chronische Infektionen**
(z.B. angeborener Immundefekt, AIDS, ungeklärte Fieberschübe, Tropenkrankheit, Tuberkulose, chronische Leberentzündung)? ja nein
- j) **psychosomatischer bzw. psychischer Ursache**
(z.B. Angststörung, Stress- oder Erschöpfungszustand, chronische Müdigkeit, Burnout-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, Neurose, Depression, Psychose)? ja nein
- k) **der Wirbelsäule, Knochen, Muskeln, Gelenke, Bänder, Sehnen**
(z.B. Hexenschuss, Ischias, Bandscheibenvorfall, Bechterew, Rheuma, Fibromyalgie, psychogene Schmerzstörung, Gelenkverschleiß, Meniskusverletzung, Bänderriss, Sehnencheidenentzündung)? ja nein
- l) **allergischer Ursache**
(z.B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Tierhaarallergie, beruflich bedingte Allergie)? ja nein
- m) **der Haut**
(z.B. Ekzem im Bereich der Hände, beruflich bedingtes Ekzem, Nesselsucht, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
- n) **der Augen**
(z.B. vermindertes Sehvermögen, Gesichtsfeldeinschränkung, Kurzsichtigkeit über 8 Dioptrien, Hornhautverkrümmung, grüner oder grauer Star, Netzhautentzündung, Netzhautablösung)? ja nein
- o) **der Ohren**
(z.B. vermindertes Hörvermögen, Ohrgeräusche, Tinnitus, mehr als einmal wöchentlich Gleichgewichtsstörungen und/oder Schwindel)? ja nein

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen bitte nachstehend nähere Angaben (oder auf einem Extrablatt):
Extrablatt beigefügt?

ja nein

Art der Krankheiten, Störungen bzw. Beschwerden?	Wann? Dauer? Folgen?	Behandelnde Ärzte (Fachrichtung?), Therapeuten, Psychologen, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Heilstätten, Reha-/Kurkliniken? Anschriften?

2. Welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten unterrichtet (evtl. Hausarzt)?		Name, Anschrift?
3. Bestehen körperliche oder geistige Behinderungen/ Schäden, Geburtsfehler, Verluste oder Schäden an Körperteilen oder -organen, Wirbelsäulenverkrümmungen, Bandscheibenschäden, Unfallfolgen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Welche?
4. Besteht eine anerkannte Behinderung oder Wehrdienstbeschädigung oder bezogen, beziehen bzw. beantragten Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Art der Behinderung, Schädigung, Gesundheitsstörung? Grad der Behinderung (GdB) bzw. der Erwerbsminderung (MdE)? Bitte Anerkennungsbescheid beifügen.

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Sparkassen Pensionskasse AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Sparkassen Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Sparkassen Pensionskasse AG 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. für uns tätige IT- Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die Sparkassen Pensionskasse AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Sparkassen Pensionskasse AG (unter 3.) und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Sparkassen Pensionskasse AG

Ich willige ein, dass die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse 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 sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Sparkassen Pensionskasse 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 (Möglichkeit I) oder später im Einzelfall (Möglichkeit II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Sparkassen Pensionskasse 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 -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Sparkassen Pensionskasse AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Sparkassen Pensionskasse AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Sparkassen Pensionskasse AG einwillige.

oder

- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung 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 Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse 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.

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 Punkt 2.1. – Möglichkeit I).

 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.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Sparkassen Pensionskasse AG

Die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Sparkassen Pensionskasse AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die Sparkassen Pensionskasse AG 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 der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Sparkassen Pensionskasse AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Sparkassen Pensionskasse AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Sparkassen Pensionskasse AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Unternehmen, die zurzeit Daten für die Sparkassen Pensionskasse AG erheben, verarbeiten oder nutzen, können Sie auf unserer Internetseite unter www.spension.de/datenschutz einsehen. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Sparkassen Pensionskasse AG Ihre Einwilligung.

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

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse AG 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 die Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse 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 Sparkassen Pensionskasse AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Sparkassen Pensionskasse 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 Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Sparkassen Pensionskasse 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.

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

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

Ich willige ein, dass die Sparkassen Pensionskasse 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.

Hinweis an die zu versichernde Person:

Ihre nachfolgende Unterschrift umfasst auch die von Ihnen vorne in diesem Dokument gemachten Angaben zu Ihren gesundheitlichen Verhältnissen; die Angaben sind wahrheitsgemäß und vollständig.

Ort / Datum

Unterschrift (zu versichernde Person)

X

Ort / Datum

ggf. Unterschrift (des / der gesetzlichen Vertreters / Vertreterin)

X