

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten im Rahmen einer Risikovorabfrage



Vertriebspartner _____

Vermittlernummer _____

Interessent

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von **Gesundheitsdaten** durch Versicherungen.

Um Ihre **Gesundheitsdaten** für eine verbindliche Risikovorabprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung.

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

Der Widerruf kann formlos an ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München, Fax +49 89 4124-9525, E-Mail: Anfrage-KV@ARAG.de gerichtet werden. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten unsere Einschätzung, unter welchen Bedingungen eine Annahme eines Antrags möglich wäre, lediglich unverbindlich sein kann.

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die ARAG Krankenversicherungs-AG

Wir speichern Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Daten, solange diese zur Abwicklung der Risikovorabfrage erforderlich ist, insbesondere so lange ein ausgesprochenes Angebot oder Konditionen aufrechterhalten werden oder noch mit einem Antrag zu rechnen ist.

Wir nutzen Künstliche Intelligenz (KI), um Inhalte in den Risikovorabfragen automatisch zu lesen und Informationen zu kennzeichnen (Dokumentenauflistung). Es werden keine Bewertungen und Entscheidungen seitens der KI getroffen.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine im Rahmen dieser Risikovorabfrage und in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Abwicklung der Risikovorabfrage erforderlich ist.

2. Datenweitergabe an selbstständigen Vermittler

Der betreuende Vermittler, der die Vorabfrage gestellt hat, wird von uns darüber informiert, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (zum Beispiel Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihnen Versicherungsschutz gewährt werden könnte.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Maklerpool, dem der anfragende Versicherungsmakler angehört, andere zwischengeschaltete Makler sowie für von den vorgenannten Maklern mit der Entgegennahme von Daten beauftragte Dienstleistungsgesellschaften.

Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den anfragenden Vermittler, seinen Maklerpool, zwischengeschaltete Makler und von den vorgenannten Maklern eingeschaltete Dienstleistungsgesellschaften übermitteln darf. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und ggf. weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung auf andere Gesellschaften unserer Versicherungsgruppe oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind vertraglich oder gesetzlich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie ggf. zur Geheimhaltung verpflichtet. Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die jeweils aktuelle Liste kann im Internet unter <https://www.arag.de/datenschutzerklaerung/-Dienstleisterliste> eingesehen oder bei uns angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer der Schweigepflicht unterliegenden Daten durch in der Liste gekennzeichnete Dienstleister können wir auch eine Schweigepflichtentbindung benötigen.

**Ich willige ein, dass die ARAG Krankenversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten, an die in der unten erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im Rahmen der Risikoprüfung im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Versicherer dies tun dürfte.
Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.**

Ort, Datum

Unterschrift Interessent bzw. gesetzlicher Vertreter