

Gesundheitserklärung und weitere risikorelevante Personendaten, Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Versicherungsanfrage / Versicherungsantrag bzw. Anmeldung zum Firmengruppenversicherungsvertrag vom _____

VNR _____ wird von ERGO ausgefüllt

Risikoträger: ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Zu versichernde Person (VP)

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Umfang der Gesundheitsfragen – Bei einer Versicherungsanfrage / einem Versicherungsantrag zum Abschluss folgender Versicherung ist die Beantwortung von Gesundheitsfragen erforderlich:
 – Risikolebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung
 – Altersrentenversicherung/ fondsgebundene Altersrentenversicherung mit Einschluss von Zusatzversicherungen oder Todesfallleistung, Hinterbliebenenleistung, die eine Gesundheitsprüfung erforderlich machen

Wichtige Mitteilung zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 Werden die nachfolgend gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, gilt Folgendes: Wir können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nicht, wenn uns durch die Verletzung der Anzeigepflicht kein Nachteil entstanden ist. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, z. B. mit einem Leistungsausschluss oder Risikozuschlag. Bei einer von Ihnen zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden. Auch durch die rückwirkende Einfügung eines Leistungsausschlusses kann von Anfang an Ihr Versicherungsschutz für einen eingetretenen oder zukünftigen Versicherungsfall entfallen. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf den Folgeseiten dieser Erklärung.

Vorliegende Gentests sind erst ab einer beantragten Todesfallsumme von >300.000 Euro oder einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von >30.000 Euro anzugeben!
HINWEISE: Die nachfolgenden Fragenergänzungen und Beispiele dienen nur der Verdeutlichung; sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wenn Sie behandelnde Ärzte benennen, entbindet Sie das nicht von Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen müssen Sie am Ende des Fragenkatalogs weiterführende Angaben machen.

A – Allgemeine Fragen

Bitte beachten Sie bei den Fragen in den Abschnitten A, C und D den Hinweistext zur Anwendung von Zusätzlichen Erklärungen auf der Rückseite dieser Erklärung.

- A.1 Ist bei Ihnen in den **nächsten 12 Monaten** ein Aufenthalt in einem **Krisengebiet** oder für **länger als 3 Monate** ein Aufenthalt in einem Land **außerhalb** der **Europäischen Union (EU)** geplant? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz.) ja nein
- A.2 **Sind Sie besonderen Gefahren in der Freizeit ausgesetzt?** (z. B. sämtlicher Flugsport, Kampfsport, Motorsport, Tauchen, Berg- und Klettersport, Reitsport, Wassersport, sonstige Extremsportarten, Großwildjagen) ja nein
- A.3 **Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt?** (z. B. Flugrisiko (außer als Passagier), Aufenthalt in Krisengebieten, Tragen einer Schusswaffe, Umgang mit explosiven, gesundheitsgefährdenden, radioaktiven Stoffen oder Strahlen, bei Feuerwehreinsätzen, Arbeiten in größeren Höhen mit Absturzgefährdung) ja nein
- A.4 **Sind Sie Raucher/konsumieren Sie Nikotin?**
 Rauchen meint das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen, das Konsumieren von Nikotin mittels Verwendung elektrischer Verdampfer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen, den Konsum von Kau- oder Schnupftabak und das Rauchen von Wasserpfeifen (Shisha).
Sind Sie Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten? ja nein
Sind Sie Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren? (Nur bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket beantworten.) ja nein
 Nichtraucher ist, wer aktiv mindestens innerhalb der letzten 12 Monate (in den letzten 10 Jahren bei Risikolebensversicherung ohne Leistungspaket) kein Nikotin zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.
Gilt nur für Risikolebensversicherung: Sofern die versicherte Person **Nichtraucher** ist und nach Vertragsabschluss Raucher wird, stellt dies eine **Gefahrerhöhung** dar. **Sie sind verpflichtet, die Änderung des Nichtraucherstatus uns unverzüglich anzuzeigen.** Wenn die versicherte Person eine Gefahrerhöhung vornimmt, sind wir berechtigt, auf einen entsprechenden erhöhten Beitrag für Raucher umzustellen. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann zur rückwirkenden Beitragserhöhung oder zur Reduzierung der Todesfallleistung führen.
- A.5 Bitte nennen Sie uns Ihre Körpermaße: _____ cm _____ kg
- A.6 **Welcher Arzt** ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert?
 Name des Arztes _____ Fachrichtung _____ Anschrift _____
- A.7 **Wird** zu der Versicherungsanfrage/zu dem Versicherungsantrag das „Ärztliche Zeugnis“ gemäß der Untersuchungsgrenzen eingereicht? ja nein
- A.8 **Wenn ein „Ärztliches Zeugnis“** notwendig ist, soll Medicals Direct Deutschland GmbH durch den Versicherer beauftragt werden? ja nein
 Wenn ja, bitte die Erklärung zum M-Check direct Druckstück-Nr. 50071273 beifügen.

B – Zusätzlich bei Risikolebensversicherung zu beantworten, ansonsten weiter mit C

- B.1 **Sind aktuell beantragt oder bestehen** bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) Lebensversicherungen mit einem Todesfallschutz von insgesamt 250.000 Euro oder mehr? ja nein
- B.2 **Fahren Sie** Zweirad, Quad oder Trike – jeweils ab Hubraum 80 ccm – als Fahrer oder Saisonfahrer oder ist ein solches auf Sie zugelassen? ja nein

C – Allgemeine Gesundheitsfragen

Bei den nachfolgend gestellten Fragen sind nicht anzugeben:
 – Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund
 – Vorübergehende Atemwegsinfekte/Erkältungskrankheiten, akute Mittelohrentzündung, ausgeheilte Magen-/Darm- und Harnwegsinfekte, Prellungen und einfache Frakturen ohne Gelenkbeteiligung, die folgenlos ausgeheilt sind
 – Stationäre Aufenthalte/Operationen wegen Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, einmalige Nasenpolyp-Entfernung, die folgenlos ausgeheilt sind
 – Impfungen, Einnahme von Verhütungsmitteln oder Nahrungsergänzungsmitteln

- C.1 **Sind Sie derzeit** in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? (z. B. bei Ärzten, Heilpraktikern, Osteopathen, Physiotherapeuten oder Psychotherapeuten) ja nein
- C.2 **Bestehen oder bestanden** bei Ihnen in den **letzten 6 Monaten** vor Antragstellung Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen wegen derer Sie nicht in Behandlung waren? (z. B. Erschöpfungszustand, Schlafstörung, Überlastungssyndrom, Nachtschweiß, Haut- oder Atemwegsirritationen, Schluck- oder Gleichgewichtsstörung) ja nein
- C.3 **Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren** – regelmäßig, mehrmals jährlich oder saisonal Medikamente oder wurden Ihnen solche verordnet? (z. B. Tabletten, Spritzen, Sprays, Therapiepflaster, Salben) ja nein
- C.4 **Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren** – Krankheiten, Funktionsstörungen oder Behandlungen in folgenden Bereichen:
 - 1. **Herz-Kreislauf/Gefäße?** (z. B. behandelter Bluthochdruck, Herzkrankgefäßerkrankung, Rhythmusstörungen, Schlaganfall, ärztlich untersuchter oder behandelter Schwindel, Durchblutungsstörungen, Aneurysmen, Thrombosen, Embolien, Krampfadern) ja nein
 - 2. **Atmungsorgane?** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Rippenfellkrankungen) ja nein
 - 3. **Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Milz?** (z. B. Entzündungen, Geschwüre, Sodbrennen) ja nein
 - 4. **Nieren, Blase, Harnwege** (auch kontrollbedürftige Urinbefunde), **Unterleibsorgane, Brust?** ja nein
 - 5. **Stoffwechsel?** (z. B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankungen, Gicht) ja nein
 - 6. **Nerven, Gehirn, Rückenmark?** (z. B. Entzündungen, Lähmungen, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Anfallsleiden, Migräne) ja nein
 - 7. **Geschwülste, Tumoren, Krebs?** (z. B. auch Leukämie, auffällige Gewebeeränderungen) ja nein
 - 8. **Entzündliche Gelenks-, Autoimmun- oder Bindegewebserkrankungen?** (z. B. Polyarthrit, Morbus Bechterew, Rheuma, Lupus erythematodes, Sklerodermie) ja nein
 - 9. **Infektionskrankheiten** (z. B. HIV, positiver HIV-Bluttest, Tuberkulose, Covid-19), **Tropenkrankheiten** (z. B. Malaria), **Geschlechtskrankheiten?** ja nein

- C.5 Haben Sie – oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren**
 – erhöhte Blutfette oder Leberwerte außerhalb des Normbereichs?
 – Blut-Erkrankungen einschließlich Gerinnungsstörungen und Blutarmut/Anämie? ja nein
- C.6 Bestehen – oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren**
 – Krankheiten, Störungen oder Beschwerden der Psyche?
 – **Oder sind Sie** deswegen in den letzten 10 Jahren von Ärzten oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden?
 (Darunter verstehen wir zum Beispiel Depression, Angststörung, psychosomatische Störung, Essstörung, wiederholte Stress- und Erschöpfungszustände, Suizidversuch.) ja nein
- C.7 Sind Sie – oder waren Sie in den letzten 10 Jahren** – wegen Konsums von Alkohol in Beratung oder Behandlung (einschließlich Entzug/Entwöhnung) bzw. ist eine solche Behandlung ärztlich angeraten worden oder geplant? ja nein
- C.8 Nehmen Sie – oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren** – mehrfach Drogen, Betäubungsmittel oder Aufputzmittel? ja nein
- C.9 Fand bei Ihnen in den letzten 10 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, einer Kur- oder Rehabilitationsklinik ein stationärer Aufenthalt, eine Operation (stationär oder ambulant) oder eine Krebstherapie statt oder ist solches für die **nächsten 12 Monate** ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein

D – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsversicherung BUB/BUR/ERGO BU zu beantworten, ansonsten weiter mit G

- D.1 Gibt es – oder gab es in den letzten 5 Jahren** – Krankheiten, Funktionsstörungen oder Behandlungen in folgenden Bereichen:
- Wirbelsäule einschließlich Bandscheiben?**
 (z. B. behandelte Rückenschmerzen oder Nackenverspannungen, Schulter-Arm-Syndrom, Hexenschuss, Rückgratverkrümmung, Scheuermann) ja nein
 - Knochen** (z. B. Osteoporose), **Gelenke** (z. B. Arthritis, Arthrose, Meniskusschaden, Fraktur), **Muskeln** (z. B. Muskelschwäche), **Sehnen u. Bänder** (z. B. Risse, Sehnencheidenentzündung, Überdehnbarkeit); **Fibromyalgie, Leistenbruch-OP?** ja nein
 - Allergien, Überempfindlichkeitsreaktionen?** (z. B. auch gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Insektengifte) ja nein
 - Hauterkrankungen?** (z. B. kontrollbedürftige Muttermale/Naevi, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte) ja nein
 - Ohrerkrankungen?** (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Ohrgeräusche/Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Menière) ja nein
 - Augenerkrankungen, Sehfehler?**
 (z. B. Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien, Laser-Behandlungen, erhöhter Augeninnendruck, Starerkrankungen, Horn- und Netzhautveränderungen, Schielen, Sehnerventzündung) ja nein
- D.2 Besteht bei Ihnen** ein körperliches Gebrechen, ein Zustand nach Amputation oder Organentfernung, eine angeborene oder erworbene Fehlbildung oder Fehlfunktion (auch bereits operierte Veränderungen), z. B. des Herzens, der Knochen/Gelenke, der Nieren, des Fettgewebes (Lipödem) oder des lymphatischen Systems (Lymphödem)? ja nein
- D.3 Wurde bei Ihnen bereits** eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit / Erwerbsminderung anerkannt oder besteht aktuell oder bestand während **der letzten 3 Jahre** eine zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 3 Wochen? ja nein
- D.4 Wurden in den letzten 5 Jahren** Lebens- oder Invaliditätsabsicherungen (Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit und Grundfähigkeit) bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) zu erschwerten Bedingungen (z. B. Zuschlag, Klausel) angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt? ja nein
- D.5 Besteht, wird aktuell oder wurde in den letzten 5 Jahren beantragt:** eine Minderung der Erwerbs- oder Berufsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Pflegegrad?
 _____ % MdE/GdS _____ GdB _____ % Berufsunfähigkeit/Invalidität _____ % WDB Pflegegrad: _____ ja nein
- D.6 Haben Sie in den letzten 5 Jahren** schon einmal aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? ja nein
- D.7 Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Tätigkeit:**
 Branche: _____ Falls selbstständig, seit wann? _____
 Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 6 Monate selbstständig zu machen? ja nein

E – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsrenten BUR/ERGO BU zu beantworten, ansonsten weiter mit G

- E.1 Sind** bei anderen Gesellschaften (hierzu zählen auch ERGO Lebensversicherung AG, Victoria Lebensversicherung AG) aktuell beantragt oder bestehen bereits Invaliditätsversicherungen (Beruf-, Dienst-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen) und/oder haben Sie neben der beantragten BU-Rente noch weitere Leistungen aus Invaliditätsabsicherungen zu erwarten? Bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe? (BU/DU/EU/GF Nichtzutreffendes streichen) ja nein
- Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr
 Gesellschaft: _____ BU/DU/EU/GF-Rente: _____ Euro pro Jahr
 Bitte jeweils BU/ DU/ EU-Rente jährlich angeben:
 Berufsständische Versorgung: _____ Euro pro Jahr Betriebliche Altersversorgung: _____ Euro pro Jahr Beamtenversorgung: _____ Euro pro Jahr

F – Zusätzlich bei Berufsunfähigkeitsrenten BUR/ERGO BU von mehr als 15.000 Euro jährlich*, ansonsten weiter mit G

- *Bei der Höhe der BU Rente sind auch eine Bonusrente und sonstige bestehende oder aktuell beantragte BU-/EU-Renten inkl. Versorgungswerke mit anzurechnen.**
- F.1** Bitte geben Sie Ihr Bruttoarbeits Einkommen / Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern an:
Bei Arbeitnehmern: Bruttoarbeits Einkommen der letzten 12 Monate (einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld) _____ Euro
Bei Selbstständigen: Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung) der letzten 3 Jahre:
 20 _____ Euro 20 _____ Euro 20 _____ Euro

G – Weitere Gesundheitsangaben

- G.1** Werden noch Gesundheitsangaben nachgereicht? Wenn ja, welche? _____ ja nein

Weiterführende Angaben

Zu Fragen, die Sie **bejaht** haben, machen Sie bitte hier weiterführende Angaben. Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, falls der Platz für die Beantwortung der Fragen nicht ausreicht. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, teilen Sie bitte unmittelbar und unverzüglich der Gesellschaft mit.

Frage Nr.

A.1 Reiseland (ggf.Stadt)/Aufenthaltsdauer/Beginn/Aufenthaltsgrund

A.2–A.3 Art/Umfang/Häufigkeit der besonderen Gefahren? / Seit wann? / Wo?

B.1/D.4 Wann, bei welchen Gesellschaften? Versicherungssumme? Grund?

C.1–C.9 D.1–D.2	Wann? Was lag oder liegt vor? Wie lange? Behandlung? Folgen?	Untersuchende/ behandelnde Ärzte, Psychologen, sonstige medizinische Berufe oder Einrichtungen?	Fachrichtung?	Anschrift?
----------------------------------	---	--	---------------	------------

D.3–D.5 Wann und weshalb?

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 diese Anfrage/diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit spä- ter mit Wirkung für die Zukunft unter ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf oder unter service@ergo.de 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG (unter 3.) und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG die von mir in dieser Anfrage/diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Anfrage-/Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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.

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung (Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden Möglichkeiten)

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 Anfrage-/Antragstellung an die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Anfrage-/Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann. Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Anfrage-/Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Anfrage-/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 die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Anfrage-/Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte kreuzen Sie die Erklärung für den Fall Ihres Todes an.

- 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 oben 2. – Möglichkeit I).

Datenschutz

Die auf der Rückseite/Folgeseite fortgeführt abgedruckte Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten und zu Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen ab. Dazu zählen:

3. die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG
 - 3.1 die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 3.2 die Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 3.3 die Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
4. die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Das gilt für mich als versicherte Person.

Unterschriften

Mit den nachstehenden Unterschriften

- bestätigen Sie die Angaben zur Gesundheitserklärung und zu den weiteren risikorelevanten Personendaten
- geben Sie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten gemäß Ziffer 1,
- sowie die Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung und die Erklärungen für den Fall Ihres Todes gemäß Auswahl Ziffer 2.
- und die Erklärungen gemäß Ziffern 3 und 4.

Gilt nur bei bAV: Sobald der Antragsteller/Versicherungsnehmer der Arbeitgeber der versicherten Person ist, gilt:

Eine Unterschrift des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Die Durchschrift der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung erhält ausschließlich die versicherte Person (VP).

Eine Durchschrift/Kopie der Gesundheitserklärung, der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung habe ich erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller /Antragsteller / Versicherungsnehmer (VN)

Unterschrift versicherte Person (VP), wenn nicht mit Antragsteller /Antragsteller /VN identisch

Bei einer minderjährigen versicherten Person sind zusätzlich die Unterschriften **aller** gesetzlichen Vertreter mit Vor- und Nachnamen erforderlich.

Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter mit Vor- und Nachnamen

Ort und Datum

Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter mit Vor- und Nachnamen

Unterschrift Vermittler mit Vor- und Nachnamen

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortführung)

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG führt bestimmte Aufgaben, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung der ERGO Group AG oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.ergo.de im Abschnitt "Datenschutz" eingesehen oder unter info@ergo.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

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

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 von dem Risiko oder dem Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre Versicherungsanfrage/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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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 ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ERGO Vorsorge Lebensversicherung 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.

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

Damit wir, die ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, ERGO Platz 1, 40477 Düsseldorf 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. 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. Bei einer Lebensversicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die 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 der Beitrag 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.

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. 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.

Zusätzliche Erklärungen – ZE

Um eine risikogerechte Entscheidung treffen zu können, benötigt ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG im Zuge der Anfrage-/Antragstellung bei bestimmten Freizeitaktivitäten oder Erkrankungen die Beantwortung von Zusatzfragen auf einer speziellen „Zusätzlichen Erklärung (ZE)“. Hierdurch werden unnötige Rückfragen vermieden und die Antragsbearbeitung wird beschleunigt.

Aus Diskretionsgründen kann die zu versichernde Person die ZE mit den beantworteten Fragen der ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG unmittelbar zusenden (in einem verschlossenen Umschlag, adressiert an den Antragservice (ASLVHH) und als „Vertraulich“ gekennzeichnet).

Bitte füllen Sie die entsprechenden „Zusätzlichen Erklärungen“ aus, wenn entsprechende Freizeitrisiken oder Erkrankungen bei den Abfragen bejaht wurden.

Zusätzliche Erklärungen – Freizeitrisiken

Titel	Druckstücknummer
Flugrisiko	50032995
Pferdewirt/in und Reitsport	50032330
Taucher	50032328
Automobilsport	50056338
Berg- und Klettersport	50056339
Expeditionen	50056342
Motorradsport	50056343
Kampfsport	50070809

Zusätzliche Erklärungen – Medizin

Nr.	Titel	Druckstücknummer
1	Herz- u. Kreislauferkrankungen	50032314
2	Erkrankungen der Atmungsorgane	50032318
3	Magen- u. Darmerkrankungen, Speiseröhre	50032319
4	Erkrankungen der Galle, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Milz	50032317
5	Erkrankungen der Nieren und Harnwege	50032321
6	Erkrankungen der Unterleibsorgane, der Brust	50032331
7	Schilddrüsenerkrankungen	50032316
8	Wirbelsäule inkl. Bandscheiben	50032324
9	Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder, des Bindegewebes; Rheumatische Erkrankungen; Fibromyalgie	50032323
10	Allergie	50032335
11	Zuckerkrankheit	50032325
12	Krampfadern, Erkrankungen der Venen und Arterien	50032315
13	Anfallsleiden, Epilepsie	50032313
14	Psyche, Nerven, Gehirn, Rückenmark	50032322
15	Geschwülste, Tumoren, Krebs, Gewebeentnahmen	50032320
16	Unfall	50032334
17	Hauterkrankungen einschließlich Muttermale / Naevi	50047884
18	Ohrenerkrankungen, Hörsturz, Ohrengeräusche / Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen, Morbus Meniere	50047916
19	Augenerkrankungen, Sehfehler, erhöhter Augeninnendruck	50047885
20	Infektionskrankheiten (ärztlich behandlungsbedürftig), Tropenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten	50051668