

Gesundheitserklärung Unfallprodukte

GSt/Vermittler	VS.-Nr.	Anlage zum Antrag vom:
Vorname		
Nachname		
Straße		Haus-Nr.
PLZ	Ort	
Versicherte Person		

Falls Sie die nachstehend gestellten Fragen nicht richtig und/oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder später Vertragsanpassungen, auch rückwirkend, notwendig werden. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Belehrung über Ihr Widerrufsrecht und der Mitteilung über die Folgen von Anzeige- und Auskunftspflichtverletzungen.

1. Besteht für die versicherte Person bei der Basler Sachversicherungs-AG eine Unfallversicherung, ein JuniorSchutz Plus Vertrag oder eine Versicherung mit Hilfs-/Rehabilitationsleistungen?

 ja

Nummer/n: _____

 nein

2. Plant oder beabsichtigt die versicherte Person in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte in außereuropäischen Ländern von mehr als 3 Monaten?

 ja, bitte geben Sie das Land, den Zeitraum und den Zweck des Aufenthaltes an:

 nein

3. Ist die versicherte Person besonderen Gefahren ausgesetzt
 - a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?

 ja, geben Sie bitte die Art der Gefahr an:

 nein
 - b) in der Freizeit (z. B. Tauchen, Kampfsport, Bergsport, Sportfliegen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflug, Fallschirmspringen, Motorsport, aktives Fahren von motorisierten Zweirädern ab 125 ccm, Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?

 ja, geben Sie bitte die Art der Gefahr an:

 nein

4. Erhält oder erhielt bzw. beantragt(e) die versicherte Person in den letzten 5 Jahren eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit/Dienstunfähigkeit oder körperlicher Schäden (**bitte Rentenbescheidabschrift – Begründungsteil mit Versehrtenstufe – beifügen**) und/oder besitzt oder beantragt(e) die versicherte Person einen Ausweis nach dem Behindertenrecht?

 ja nein

5. Hat die versicherte Person in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?

 ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, wann und weshalb:

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

6. Bitte nennen Sie uns die Körpergröße und das Gewicht der versicherten Person.

Körpergröße in cm _____ Gewicht in kg _____

7. Wurde bei der versicherten Person jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

 ja nein

8. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations- oder Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z. B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche derzeit empfohlen oder beabsichtigt?

 ja nein

9. War die versicherte Person den letzten 5 Jahren in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnasten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten)?

 ja nein

10. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei der versicherten Person Krankheiten und/oder Beschwerden

- a) des Herzens, Kreislaufs und/oder der Gefäße (z. B. Herzfehler, -rhythmusstörungen, -infarkt, -schwäche, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen)? ja nein
- b) der Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, Allergien, Lungen-, Rippenfellentzündung, Tuberkulose, Atemwegsprobleme, Schlaf-Apnoe-Syndrom)? ja nein
- c) der Verdauungsorgane (z. B. Erkrankungen des Magens und/oder Darms, Leber- oder Gallen(stein)leiden, chronische Verstopfung oder Durchfälle, Gelbsucht/Hepatitis, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, erhöhte Leberwerte)? ja nein
- d) der Nieren-, Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Blasen-, Nierenentzündung, -kolik oder -steine, Blut oder Eiweiß im Urin, Unterleibs- (Eierstöcke, Gebärmutter) oder Geschlechtskrankheiten, Erkrankungen der Brust, Erkrankungen/Vergrößerung der Prostata)? ja nein
- e) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, Angst-, Essstörungen, Selbsttötungsversuch, psychosomatische Störungen, Epilepsie/Krampfanfälle, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson)? ja nein
- f) der Augen, Ohren, Nase, des Halses (z. B. Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer oder grüner Star, Ohrgeräusche (Tinnitus), vermindertes Hörvermögen, Hörsturz, Kehlkopfentzündung)? ja nein
Dioptrienzahl (ab -6 Dioptrien) rechts links
- g) der Haut, Allergien (z. B. Neurodermitis, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte, Heuschnupfen)? ja nein
- h) der Wirbelsäule, der Bandscheiben, der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen (z. B. des Rückens, der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule, Verspannungen, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias, rheumatische Beschwerden, Arthrosen, Bewegungseinschränkungen, Amputationen, Abnutzung, Beschwerden der Knie-, Hüft-, Schultergelenke, Morbus Bechterew)? ja nein
- i) des Blutes oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Geschwüre, Zysten, Lymphknotenverdickung, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen)? ja nein
- j) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin), Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen der Milz)? ja nein
- k) als Folge früherer Krankheiten, Operationen, Unfälle oder Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis)? ja nein

11. Nimmt oder nahm die versicherte Person in den letzten 5 Jahren in festen zeitlichen Abständen (täglich, wöchentlich, monatlich, vierteljährlich) Medikamente ein (bei Frauen außer der Pille)? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente an oder solche, die nur vorbeugend eingenommen werden.

ja

nein

12. Ist die versicherte Person in den letzten 5 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig gewesen? ja nein

13. Nimmt oder nahm die versicherte Person in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel? ja nein

14. Wird oder wurde die versicherte Person in den letzten 10 Jahren wegen des Konsums von Alkohol, Drogen oder Betäubungsmitteln behandelt? ja nein

15. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen 7 – 14 an, die Sie mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer)

Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?

Sollte der vorhandene Platz für die Beantwortung der Fragen nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Vielen Dank.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des Antragstellers und, sofern vom Antragsteller abweichend, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten der versicherten Person

Unterschrift der volljährigen versicherten Person

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Antragsteller / Versicherungsnehmer

Name, Vorname

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, benötigen wir, die Basler Sachversicherungs-AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, unter anderem an Druck- und IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Basler Sachversicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- > durch die Basler Sachversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- > bei der Weitergabe außerhalb der Basler Sachversicherungs-AG (unter 2.) 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.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Basler Sachversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-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. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Basler Sachversicherungs-AG

Die Basler Sachversicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die Basler Sachversicherungs-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 einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe 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 uns 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.basler.de/Dienstleisterliste eingesehen oder bei der Basler Sachversicherungs-AG, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg, Tel. 0 61 72 / 125-122 oder unter Service@Basler.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 Basler Sachversicherungs-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 Basler Sachversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben 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 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 Basler Sachversicherungs-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 z. B. zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-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.

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Ort

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der versicherten Personen/en (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)



Original für Basler Sachversicherungs-AG
1. Kopie Kundenbetreuer
2. Kopie Antragsteller