

## Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindung

1. Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.  
Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitsdaten, und weiteren nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.
2. Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.
3. Ich willige ein, dass die 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 die Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.
4. Ich willige ein, dass die Versicherer meine Gesundheitsdaten an vorstehende Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherer sowie der Unternehmensgruppe der Versicherer und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und andere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.
5. Ich willige ebenfalls ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an andere Gesellschaften der Versicherungsgruppe übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.
6. Ich willige ein, dass die Biometric Underwriting GmbH und die Versicherer 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 speichern und nutzen dürfen.