


Bezugberechtigung bei Tod durch Unfall (nur Unfallversicherung)	
Hinweis zur Versicherungsfähigkeit (nur Unfallversicherung)	Kein Versicherungsschutz besteht für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad vier oder höher im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung. Sobald die versicherte Person in einen Pflegegrad vier oder höher eingestuft ist, endet für diese Person der Versicherungsschutz und die diesbezügliche Beitragspflicht.
Gesundheitsangaben (nur Betriebskostenversicherung)	<input type="checkbox"/> Ich – die zu versichernde Person – bestätige die Richtigkeit der in der Anlage zum Antrag stehenden Gesundheitsangaben.

Folgendes gilt für alle beantragten Versicherungen			
Lastschriftmandat	<input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren neu oder Änderung der Bankverbindung (das erforderliche SEPA-Basislastschriftmandat wird vollständig ausgefüllt). <input type="checkbox"/> Lastschriftverfahren wie bisher (kein neues SEPA-Basislastschriftmandat erforderlich). <input type="checkbox"/> Alle Angaben sind ab sofort gewünscht <input type="checkbox"/> Alle Angaben sind zum Vertrags-/Änderungsbeginn gewünscht		
SEPA-Basislastschriftmandat	<input type="checkbox"/> Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer (bei abweichendem Kontoinhaber bitte eigenständiges SEPA-Mandat ausfüllen) Ich ermächtige die ERGO Versicherung AG, ERGO-Platz 1, 40477 Düsseldorf (Gläubiger-ID DE05ZZZ00000012101), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ERGO Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Kalendertage vor dem SEPA-Basis-Lastschrifteinzug informiert mich der Zahlungsempfänger über die Abbuchung unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine.		
	IBAN:		Kreditinstitut:
Schweigepflichtentbindungserklärung	Nur Betriebskostenversicherung: Mit meiner (unseren) Unterschrift(en) gebe(n) ich (wir) die auf Seite 1 der Anlage zum Antrag unter A der Erklärungen und Hinweise abgebildete Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtentbindungserklärung ab. Dazu zählen: 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von mir (uns) mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ERGO Versicherung AG, 2. Abfrage meiner (unserer) Gesundheitsdaten bei Dritten, 3. Weitergabe meiner (unserer) Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung AG, 3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung, 3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen), 3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen, 3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler, 3.5 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS), 4. Speicherung und Verwendung meiner (unserer) Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt. Das gilt für mich (uns) als versicherte Person(en).		
Hinweis- und Informationssystem (HIS)	Die Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO, die auf Seite 2 der Anlage zum Antrag unter B der Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsschutzes unter „Welche anderen Datenquellen nutzen wir?“ abgebildet sind, habe ich zur Kenntnis genommen.		
Einwilligungserklärung	Ich willige ein, dass ich künftig <input type="checkbox"/> per elektronischer Post <input type="checkbox"/> per Telefon (bitte Zutreffendes ankreuzen) über Versicherungs- und Finanzprodukte von Unternehmen und Vermittlern der ERGO Group* informiert werde. Sie können mich auch zur Kundenbefragung kontaktieren. Meine Daten dürfen hierfür verarbeitet werden. Diese Einwilligung gilt unabhängig davon, ob ein Vertrag besteht. Ich kann sie jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen. <small>*ERGO Lebensversicherung AG, ERGO Versicherung AG, DKV Deutsche Krankenversicherung AG, ERGO Beratung und Vertrieb AG, ERGO Krankenversicherung AG, ERGO Direkt Versicherung AG, ERGO Life S.A., ERGO Vorsorge Lebensversicherung AG, ERGO Reiseversicherung AG, ERGO Direkt AG</small>		
Widerrufsmöglichkeit	Bitte beachten Sie die Widerrufsbelehrung im beigefügten gleichnamigen Dokument.		
Unterzeichnung des Antrags	Ich habe den Antrag sorgfältig durchgelesen. Dies gilt auch für die Erklärungen und Hinweise auf den nachfolgenden Seiten der Anlage zum Antrag. Ich mache sie mit meiner Unterschrift zum Inhalt meines Antrags. Zum Inhalt meines Antrags werden ebenfalls die jeweils zugehörigen Versicherungs- und Sonderbedingungen. Die Datenschutzhinweise gebe ich den mitversicherten Personen zur Kenntnis (nur Unfallversicherung). Die nachstehenden Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen. <input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig auch das vorstehend ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat.		
	<div></div> Datum	<div></div> Antragsteller	<div>  </div> <div> Versicherte Person in der Betriebskostenversicherung Vermittler Orga/Spezi/FB/SVS </div>

Empfangs- bestätigung	Ich bestätige den Erhalt: – dieses Antrags (nach erfolgter Unterschrift) – des Dokuments „Widerrufsbelehrung“ – der Beratungsdokumentation und der Dienstleisterliste (für Werkverkehr-, Carrier- und Hakenlastversicherungen nicht erforderlich) – der unten eingetragenen Bedingungen zur jeweils beantragten Versicherung – des unten eingetragenen Versicherungsvorschlags bzw. der unten eingetragenen Anlage zum Antrag zur jeweils beantragten Versicherung – des Kundeninformationsblattes zur jeweils beantragten Versicherung (gilt nicht für Carrier- und Hakenlastversicherungen) – des Informationsblattes zu Versicherungsprodukten zur jeweils beantragten Versicherung (bei Transport-, Gewerbe-Haftpflicht- bzw. Vermögensschaden-Haftpflicht-, Sach-Gewerbeversicherung nur, wenn in der/den Anlage(n) zum Antrag als Vertragsgrundlage genannt; in den Technischen Versicherungen nur bei der Bauleistungs- und Photovoltaikversicherung) – des Formulars „Risikofragen“ zur jeweils beantragten Versicherung (nur bei Gewerbe-Haftpflicht-, Sach-Gewerbe-, Vermögensschaden-Haftpflicht- und Technischen Versicherungen) – des Dokuments „Beitragsinformation für Bürobetriebe“ (gilt nur bei Gewerbe-Haftpflicht für Risiken „Bürobetrieb“ und „Übersetzungsbüro“)		
	Beantragte Versicherung	Bedingungen	Versicherungsvorschlag bzw. Anlage zum Antrag
Datum		Unterschrift	

Anlage zum Antrag mit Beratungsdokumentation zum elektronischen Antragsverfahren Erklärungen und Hinweise (vom Kunden zu beachten)

A Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (gilt nur für die Betriebskostenversicherung und Schutzbrief)

Der Text der Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 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 diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ERGO Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Darüber hinaus benötigt die ERGO Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Ferner benötigt die ERGO Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. die ERGO Group AG, 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 sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten

- durch die ERGO Versicherung AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ERGO Versicherung 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 Versicherung AG (gilt nicht für Schutzbrief)

Ich willige ein, dass die ERGO Versicherung 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/dieser Versicherungsverträge erforderlich ist.

2. Abfrage Ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten (gilt nicht für Schutzbrief)

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 Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen oder Mitteilungen z.B. eines Arztes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ERGO Versicherung AG wird im Einzelfall Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen einholen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

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

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

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung (gilt nicht für die Unfallversicherung und Schutzbrief)

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die ERGO Versicherung AG benö-

tigt 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 ERGO Versicherung 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 ERGO Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die ERGO Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die ERGO Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft 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 personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste wird mit diesem Antrag ausgehändigt. Die jeweils aktuelle Dienstleisterliste kann auch im Internet unter www.ergo.de in der Rubrik „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 Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ERGO Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ERGO Group AG und sonstige Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und andere nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen (gilt nicht für Schutzbrief)

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ERGO Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer 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 ERGO Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Ihren 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 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 Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge, Anfragen 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 Angaben, verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns 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 Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

Begründung der Empfehlung

--

Abgelehnte Kundenwünsche oder Empfehlungen, sowie sonstige Hinweise

--

☐ Die Möglichkeit, zu einem Gruppen- oder Rahmenvertrag beizutreten, wurde geprüft.☐ Der Kunde wurde über die Besonderheiten beim Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung informiert.**3. Kundenentscheidung**

Folgende Versicherungen bzw. Vertragsänderungen wurden beantragt bzw. angefragt:

Tarife bzw. Produktbeschreibungen*/ Durchführungsweg in der bAV*/Deckungskonzept bKV	Anfrage-/ Antragsdatum*	Versicherungs-Nr.	Umdeckung bestehende Versicherung	
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer
			<input type="checkbox"/> ERGO-Group	<input type="checkbox"/> Anderer

4. Durch den Abschluss soll eine bestehende Versicherung ersetzt werden

Durch den Abschluss soll eine bestehende Krankheitskostenvollversicherung ersetzt werden:

a) Wechsel von einer anderen PKV-Gesellschaft:*

☐ Ja ☐ Nein

Informationsblatt zur Umdeckung einer Krankheitsvollversicherung 500 67 373,

Stand wurde ausgehändigt.

b) Wechsel innerhalb der DKK Tarife:

☐ Ja ☐ Nein

Die Beratung wurde nach den Qualitätsstandards der Tarifwechselleitlinien durchgeführt, die sich der Verband der Privaten Krankenversicherer freiwillig auferlegt hat. Bedarfsermittlung und Tarifvergleich wurden ausgehändigt.

Durch den Abschluss soll eine bestehende Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeitsversicherung ersetzt werden:*

☐ Ja ☐ Nein

Informationsblatt zur Umdeckung einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeitsversicherung 500 67 374,

Stand wurde ausgehändigt.**Einwilligungserklärung nach Datenschutzgrundverordnung**

Ich willige ein, dass mein Vertriebspartner meine personenbezogenen Daten verarbeitet und auch an einen anderen Vermittler weitergeben kann, soweit dies der Beratung und ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. So kann er mich umfassend zu meinen Versicherungsfragen beraten. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Prüfung der Beratungsqualität und zu Werbezwecken an die auf der Rückseite aufgeführten Unternehmen der ERGO übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Oder der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken widersprechen kann z.B. unter www.ergo.de/info. Oder innerhalb Deutschlands unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 3746-000.

Empfangsbestätigung und Unterschrift Kunde/Interessent*

Folgende Unterlagen habe ich erhalten:

☐ Durchschrift dieser Beratungsdokumentation*☐ Visitenkarte / Erstkontaktinformation / Information zur Versicherungsvermittlung*☐ Analysebogen/Ausdruck Bedarfsanalyse (siehe Punkt 1)☐ Informationsblatt Umdeckung bzw. Bedarfsermittlung und Tarifvergleich – siehe Punkt 4*☐ Sonstige Unterlagen

Der Kunde wurde darauf hingewiesen, dass er Beratungsdokumentation, Vertragsunterlagen einschließlich vorvertraglicher Informationsunterlagen wahlweise auf Papier oder als PDF-Datei für Aufbewahrungen auf einem Datenträger erhalten kann.

☐ Ich wünsche die Übermittlung der oben genannten Unterlagen auf einem dauerhaften Datenträger.

Ort, Datum

Unterschrift mit Vor- und Zunamen

--



Erklärung des Vertriebspartners bei Abschluss einer betrieblichen Altersversorgung (bAV):

Ich bestätigte hiermit, dass ich kein Entscheidungsverantwortlicher (z.B. Prokurist, Geschäftsführer, Personalleiter) des Unternehmens bin. Ich bin auch kein Angehöriger einer solchen Person. Weiterhin bestätige ich, dass auch kein anderer am Abschluss beteiligter Vertriebspartner Entscheidungsverantwortlicher bzw. Angehöriger einer solchen Person im Unternehmen ist.

Unterschrift Vertriebspartner*

Ort, Datum

Unterschrift mit Vor- und Zunamen des Vertriebspartners/der Vertriebspartner

--

