

Erklärung der versicherten Person (bei der Partner-Restschuldversicherung auch der mitversicherten Person)

I. Einwilligungserklärung zur Verwendung allgemeiner personenbezogener Daten nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Die versicherte Person willigt ein, dass die allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

1. zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die Delta Lloyd Lebensversicherung AG.
2. zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Gesellschaften des Delta Lloyd Deutschland Konzerns (eine vollständige Übersicht aller Unternehmen des Konzerns ist auf der Internetseite www.deltalloyd.de veröffentlicht), um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung der Post). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
3. durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb des Delta Lloyd Deutschland Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen / Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen / Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

II. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer befreie ich zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht Ärzte, Pflegepersonen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten und Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.** Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

b) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer verwendet werden.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer II. Nr. 1 erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten im Sinne der Ziffer I. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung) und Nr. 3 (Outsourcing) verwendet werden.

- III. Für die Versicherung gelten dieser Vertrag sowie das Merkblatt für die versicherte Person einschließlich der Versicherungsbedingungen der Versicherer.
- IV. Eine Durchschrift dieses Vertrages sowie das Merkblatt für die versicherte Person mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen habe ich erhalten.
- V. Zur Arbeitslosigkeitsversicherung **erkläre** ich, dass ich in einem unbefristeten Vollzeit-Arbeitsverhältnis mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden stehe und dass mir von einer bevorstehenden Arbeitslosigkeit nichts bekannt ist. Für den Fall meiner Arbeitslosigkeit **ermächtige** ich die Delta Lloyd Leben, die zur Feststellung des Leistungsumfanges und zur Überprüfung meiner Erklärung erforderlichen Angaben bei meinen Arbeitgebern zu erfragen.
- VI. **Ich kann verlangen, dass der Versicherungsnehmer von diesem Vertrag innerhalb von 30 Tagen seit Vertragsschluss zurücktritt bzw. die Arbeitslosigkeitsversicherung innerhalb von 30 Tagen seit Antragstellung widerruft. Das Verlangen ist in Textform gegenüber der SEB AG, Stichwort "Widerruf", 60283 Frankfurt, E-Mail: info@seb.de, Fax: (069)-258-8109 zu erklären und muss keine Begründung enthalten, zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Erkläre ich das Verlangen, erhalte ich den Rückkaufswert (vgl. § 6, Ziffer 2, der Allgemeinen Bedingungen für die Restschuldversicherung) zugunsten meines Sofortkredits gutgeschrieben.**