

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Hinweis Die Regelungen des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz), des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Pensionsfonds. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Versorgungsvertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die PB Pensionsfonds AG, daher Ihre datenschutzrechtliche/n Einwilligung/en.

Als ein der Versicherungsaufsicht unterliegendes Unternehmen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften oder IT-Dienstleister 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 die 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

- durch die PB Pensionsfonds AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der PB Pensionsfonds AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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.

Einwilligungserklärung **1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die PB Pensionsfonds AG**

Ich willige ein, dass die PB Pensionsfonds 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 Versorgungsvertrages erforderlich ist.

Datenabfrage **2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der PB Pensionsfonds AG**

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

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Antrags-, Vertrags- und Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Talanx Konzerns oder einer anderen Stelle.

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 finden Sie auf der Rückseite der Einwilligungserklärung. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.pb-pensionsfonds.de eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (Talanx AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talax.com) 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 PB Pensionsfonds 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 PB Pensionsfonds AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Talanx Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten von Ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe **1. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Antragsprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die PB Pensionsfonds 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.

Datum | Ort

Unterschriften

Unterschrift versorgungsberechtigte Person*

X

Gesetzliche/r Vertreter/in

X

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