

Allianz Lebensversicherungs-AG  
sendist til / zurück an:

Allianz Lebensversicherungs-AG  
10850 Berlin

## Tilkynning um tjón

*Anmeldung von Ansprüchen aus der KörperSchutzPolice*

Samningsnúmer:

\_\_\_\_\_  
*Versicherungsschein-Nr.*

Nafn hins tryggða:

\_\_\_\_\_  
*Name der versicherten Person*

Fæðingardagur hins tryggða:

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum der versicherten Person*

### Upplýsingar um heilsufar *Angaben zum Gesundheitszustand*

**1. a) Hvaða skerta líkamlega eða andlega atgervi gerir það að verkum að settar eru fram bótakröfur?**

Lýsið fyrir okkur, einnig með eigin orðum ef hægt er, skerðingunum - á sérstöku blaði ef við á.

*Wegen welcher Beeinträchtigungen von körperlichen Aktivitäten oder geistigen Fähigkeiten möchten Sie Ansprüche geltend machen?*

*Wenn möglich, schildern Sie uns bitte Ihre Beeinträchtigungen auch in eigenen Worten - ggf. auf einem gesonderten Blatt.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beita fótleggjum <i>Gebrauch der Beine</i> | <input type="checkbox"/> Beita handleggjum <i>Gebrauch eines Armes</i>             |
| <input type="checkbox"/> Beita höndum <i>Gebrauch beider Hände</i>  | <input type="checkbox"/> Fara á hnén eða beygja sig niður <i>Knien oder Bücken</i> |
| <input type="checkbox"/> Aka bifreið* <i>Autofahren*</i>            | <input type="checkbox"/> Sjón <i>Sehen</i>   |
| <input type="checkbox"/> Tal <i>Sprechen</i>                        | <input type="checkbox"/> Heyrn <i>Hören</i>  |
| <input type="checkbox"/> Jafnvægisskyn <i>Gleichgewichtssinn</i>    | <input type="checkbox"/> Vitsmunir <i>Intellekt</i>                                |

\*Látið afrit af tilkynningu um sviptingu eða synjun ökuréttinda og mati á ökuhæfni fylgja með.

*\*Bitte fügen Sie den Bescheid über die Entziehung bzw. Nichterteilung der Fahrerlaubnis und das entsprechende verkehrsmedizinische Gutachten in Kopie bei.*

Vinsamlegast látið fylgja ítarleg afrit af öllum skýrslum lækna, sjúkrahúsa og frá öðrum meðferðastofnunum.

*Bitte fügen Sie vollständige Kopien aller Arzt-, Krankenhaus-, Sanatoriums-, Kuraufenthaltsberichte bei, die Ihnen oder Ihrem Arzt vorliegen.*

**b) Hvaða sjúkdómur er fram kominn og liggur að baki bótaþrófunni?**

*Wegen welcher schweren Krankheiten möchten Sie Ansprüche geltend machen?*

- |                          |  |                          |   |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Hjartaáfall <i>Herzinfarkt</i>         | <input type="checkbox"/> | Dá <i>Koma</i>                              |
| <input type="checkbox"/> | Krabbamein <i>Krebs</i>                | <input type="checkbox"/> | Heila- og mænusigg <i>Multiple Sklerose</i> |
| <input type="checkbox"/> | Heilablóðfall/Slag <i>Schlaganfall</i> | <input type="checkbox"/> | Þverlömum <i>Querschnittslähmung</i>        |

Vinsamlegast látið fylgja ítarleg afrit af öllum skýrslum lækna, sjúkrahúsa og frá öðrum meðferðastofnunum.

*Bitte fügen Sie vollständige Kopien aller Arzt-, Krankenhaus-, Sanatoriums-, Kuraufenthaltsberichte bei, die Ihnen oder Ihrem Arzt vorliegen.*

**2. Hvenær varð tjónið (slys, sjúkdómur)?** *Seit wann haben Sie diese Beeinträchtigungen oder Erkrankungen?*

---



---



---

**3. a) Hvaða læknar, sjúkrahús, eða meðferðastofnanir önnuðust rannsóknir og meðferð vegna sjúkdóms eða meiðsla?**

*Von welchen Ärzten und welchen Krankenhäusern, Sanatorien oder Kuranstalten wurden Sie wegen der Erkrankung oder Verletzung untersucht oder behandelt?*

Tilgreinið nöfn, heimilisföng, sérgreinar, sjúkdóma og tímabil meðferðar.

*Bitte Namen, Anschriften, Fachrichtungen, Erkrankungen und Behandlungszeiträume angeben.*

---



---

**b) Hver er þinn heimilislæknir?** Tilgreinið nafn, heimilisfang og sérgrein

*Wer ist Ihr Hausarzt? Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben*

---



---

**c) Hvaða læknir getur helst gert grein fyrir heilsufarsástandinu? (t.d. sérfræðilæknir sem veitir meðferð)**

Tilgreinið nafn, heimilisfang og sérgrein

*Welcher Arzt kann am besten über Ihren Gesundheitszustand berichten? (z. B. behandelnder Facharzt) Bitte Name, Anschrift und Fachrichtung angeben*

---



---

**4. Er tjónið tilkomið vegna slyss?**

Ef já, hvenær, hvar og hvernig varð slysið (notið sérstakt blað ef við á)?

*Wurden diese Erkrankungen oder Verletzungen durch einen Unfall ausgelöst?*

*W enn ja, wann, wo und wie hat sich der Unfall ereignet (ggf. gesondertes Blatt verwenden)?*

<input type="checkbox"/>	já	<input type="checkbox"/>	nei
--------------------------	----	--------------------------	-----

Er um vinnuslys að ræða? *Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?*

<input type="checkbox"/>	já	<input type="checkbox"/>	nei
--------------------------	----	--------------------------	-----

Ef já, var það tilkynnt til Vinnueftirlitsins?

	já		nei
--	----	--	-----

Ef já, tilgreinið auðkenni skjals:

*Wenn ja, wurde er der Berufsgenossenschaft gemeldet? Wenn ja, bitte Anschrift und Aktenzeichen angeben:*

---

Var gerð lögregluskýrsla vegna slyssins?

	já		nei
--	----	--	-----

Ef já, tilgreinið lögregluvarðstöð og auðkenni skjals.

*Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Wenn ja, bitte Polizeidienststelle bzw. Staatsanwaltschaft und Aktenzeichen angeben:*

---

**5. a) Hvaða læknisfræðilegar ráðstafanir (rannsóknir, meðferðir, batameðferðir, endurhæfing o.s.frv.) eru enn fyrirhugaðar?**

*Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Heilverfahren, Rehabilitation usw.) sind noch vorgesehen?*

---



---



---

**b) Hvaða lyfjum var þér ávísað? Í hvaða skömmtum? Welche Medikamente wurden Ihnen verordnet? In welcher Dosis?**

---



---

**c) Hvaða hjálpartæki (t.d. sjóntæki, heyrnartæki, gönguhjálpartæki, gervilimir) hafa verið notuð nú þegar?**

*Welche Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Hörgerät, Gehhilfe, Prothese) haben Sie bereits in der Vergangenheit verwendet?*

---



---

**d) Hvaða hjálpartæki eru nú í notkun? Welche Hilfsmittel verwenden Sie derzeit?**

---



---

**e) Hvaða hjálpartæki verða notuð framvegis? Welche Hilfsmittel werden Sie zukünftig verwenden?**

---



---



---

**Annað** *Sonstige Angaben***7. Samskiptaupplýsingar***Telefonische Erreichbarkeit*Heimasími \_\_\_\_\_  
*Tel.-Nr. privat*Vinnusími \_\_\_\_\_  
*Tel.-Nr. geschäftlich*Netfang \_\_\_\_\_  
*E-Mail*Farsími \_\_\_\_\_  
*Mobiltelefon***8. Bankaupplýsingar***Meine Bankverbindung*IBAN: \_\_\_\_\_  
*IBAN*BIC: \_\_\_\_\_  
*Swift*

Fjármálastofnun:

*Geldinstitut*

Reikningseigandi:

*Kontoinhaber*

Nafn hins tryggða:

*Name der versicherten Person*Fæðingardagur hins tryggða: \_\_\_\_\_ Samningsnúmer: \_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum der versicherten Person* *Versicherungsschein-Nr.*

Yfirlýsing: Ég ábyrgist að ég svaraði ofangreindum spurningum ítarlega og sannleikanum samkvæmt. Ég veit að vísitandi ósannar og ófullnægjandi upplýsingar geta leitt til þess að réttur til bóta úr tryggingunni glatist.

*Erklärung: Ich versichere, die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich weiß, dass bewusst unwahre und unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen können.*

\_\_\_\_\_  
(Staður, dagsetning)*(Ort, Datum)*\_\_\_\_\_  
Undirskrift hins tryggða*Unterschrift der versicherten Person*\_\_\_\_\_  
Undirskrift tryggingartaka*Unterschrift des Versicherungsnehmers*

**Upplýsingar um afleiðingar þess að brjóta gegn skuldbindingum (svokallað brot gegn samstarfsskyldu) eftir að til tryggingartilviks kom (tilkynning samkvæmt 4. mgr. 28. gr. VVG-laga um tryggingarsamninga)**

*Belehrung über die Folgen der Verletzung von Obliegenheiten (sog. Mitwirkungspflichtverletzung) nach Eintritt des Versicherungsfalls (Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG)*

Ef tjónatilkynningin verður tekin til vinnslu gætum við þurft á aðstoð þinni að halda við vinnslu málsins.  
*Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, benötigen wir Ihre Mithilfe.*

**1. Skuldbindingar þínar varðandi upplýsingar, fræðslu, samstarf og framvísun gagna**

*Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung, Mitwirkung und Vorlage von Belegen*

Þegar tjónatilkynning hefur verið móttækin getum við, á grundvelli samningsbundins samkomulags okkar, krafist þess að þú látir okkur í té - sannleikanum samkvæmt og innan tilgreinds frests - allar nauðsynlegar upplýsingar sem staðfesta tryggingartilvik eða umfang bótaskyldu okkar,

- gerir allt innan sanngjarnra marka til að skýra málavöxtu

- starfir með okkur í þeim mæli sem um var samið

- framvísir hjá okkur gögnum innan tilgreinds frests, að svo miklu leyti sem hægt er að ætlast til slíks af þér.

Nánar má lesa um núverandi skuldbindingar í tryggingarskilmálum samningsins.

*Nach Eintritt des Versicherungsfalls können wir aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen verlangen, dass Sie zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht*

*- uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede erforderliche Auskunft erteilen,*

*- alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen,*

*- im vertraglich vereinbarten Umfang mitwirken,*

*- uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit Ihnen dies zugemutet werden kann.*

*Näheres zu den bestehenden Obliegenheiten können Sie den Versicherungsbedingungen Ihres Vertrags entnehmen.*

**2. Undanþága frá greiðslu bóta, að hluta til eða í heild ef brotið er gegn skuldbindingum**

*Vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Obliegenheitsverletzungen*

Ef þú brýtur af ráðnum hug gegn þeirri skyldu að veita upplýsingar, fræðslu, skyldu um samstarf eða framvísun gagna, er kröfu um tryggingabætur hafnað. Ef brotið er af vítaverðu gáleysi gegn skuldbindingunum getum við skert bæturnar í samræmi við það hversu alvarlegt brotið er – sem gæti haft þær afleiðingar að kröfunni verði hafnað að fullu.

Ekki kemur til skerðingar ef þú sannar fyrir okkur að þú hafir ekki brotið gegn skuldbindingunum af vítaverðu gáleysi. Eins ef um ásetning eða vítavert gáleysi er að ræða er okkur þó skylt að greiða bætur að svo miklu leyti sem sannað verði fyrir okkur að brotið gegn skuldbindingum var hvorki orsök tryggingartilviksins né ákvörðunar um eða umfang bótaskyldu okkar.

Ef brotið er sviksamlega gegn skuldbindingu um upplýsingaskyldu, fræðslu, samstarf eða framvísun gagna losnum við hvað sem öðru líður undan bótaskyldu okkar.

*Wenn Sie vorsätzlich gegen eine Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung, Mitwirkung oder Vorlage von Belegen verstoßen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – gegebenenfalls bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Auch bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wenn Sie eine Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung, Mitwirkung oder Vorlage von Belegen arglistig verletzen, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.*

**3. Ábending**

*Hinweis*

Ef þriðji aðili á rétt á samningsbundnum bótum í þinn stað, er sá hinn sami einnig skuldbundinn til að veita þessar upplýsingar, fræðslu, sýna samstarf og framvísa gögnum.

*Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung, Mitwirkung und zur Vorlage von Belegen verpflichtet.*

Nafn hins tryggða:

*Name der versicherten Person*

Fæðingardagur hins tryggða:

*Geburtsdatum der versicherten Person*

## **Yfirlýsingar og ábendingar vegna gagnavinnslu Erklärungen und Hinweise zur Datenverarbeitung**

### **I. Samþykki fyrir öflun og notkun heilsufarsgagna sem og erfðaupplýsinga<sup>1</sup>, og yfirlýsing vegna lausnar undan þagnarskyldu**

#### ***I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten<sup>1</sup> und Schweigepflichtentbindungserklärung***

Eftirfarandi yfirlýsingar vegna lausnar undan þagnarskyldu voru gefnar út með vísan til samkomulags Heildarsamtaka þýskra tryggingarfélaga (GDV) og eftirlitsyfirvalda persónuverndar.

*Die unter I. abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden im Wesentlichen auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt.*

Ákvæði laga um tryggingarsamninga, grunnreglugerðir ESB um meðferð persónuupplýsinga sem tóku gildi 25.05.2018, lög Sambandslýðveldisins um meðferð persónuupplýsinga, sem og annarra fyrirmæla um upplýsingavernd, hafa ekki að geyma nein fullnægjandi réttarfyrirmæli um öflun, vinnslu og notkun heilsufarsgagna sem og erfðafræðilegra gagna<sup>1</sup> af hálfu tryggingarfyrirtækja. Heimild til að afla og nýta heilsufars- eða erfðafræðilegra gagna<sup>1</sup> þinna þurfum við, Allianz Lebensversicherungs-AG, (hér eftir „tryggjandi“); þar af leiðandi samþykki þitt varðandi upplýsingavernd. Tryggjandi er, í þágu líftryggingar, örorkulífeyristryggingar, tryggingar vegna óvinnufærni af heilsufarsástæðum, heilsu- og sjúkdómstryggingar og tryggingar vegna umönnunarlífeyris, heimilt að kalla eftir niðurstöðum eða gögnum úr þegar framkvæmdum erfðafræðilegum rannsóknum eða greiningum, eða taka við slíkum niðurstöðum eða nýta, ef samið er um bætur sem nema meira en 300.000 evrum eða árlífeyri sem nemur meira en 30.000 evrum.

*Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der ab 25.05.2018 wirksamen EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutz-gesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie von genetischen Daten<sup>1</sup> durch Versicherungsunternehmen. Um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> für diesen Antrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, Ihre Allianz Lebensversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Der Versicherer darf für die Lebensversicherung, die Berufsunfähigkeitsversicherung, die Erwerbsunfähigkeitsversicherung, die KörperSchutzPolice und die Pflegerentenversicherung die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird.*

Auk þess þörfnumst við af þinni hálfu lausn undan þagnarskyldu, til að mega afla heilsufarsgagna eða erfðaupplýsinga<sup>1</sup> um þig hjá aðilum sem bundnir eru þagnarskyldu, svo sem læknum. Starfsmenn okkar eru sömuleiðis bundnir þagnarskyldu samkvæmt 203. gr. hegningarlaga (hér eftir „þagnarskylda“). Af þeim sökum þurfum við, Allianz Lebensversicherungs-AG, lausn af þinni hálfu undan þagnarskyldu, til að mega senda áfram til annarra aðila, til dæmis stuðnings-, úrvinnslu- eða tölvuvinnsluaðila, heilsufarsupplýsingar þínar, erfðaupplýsingar<sup>1</sup> eða aðrar upplýsingar sem annars njóta verndar þagnarskyldu, eins og til dæmis þá staðreynd að milli okkar er kominn á samningur, viðskiptamannsúmer eða önnur persónuleg kennimerki. Eftirfarandi samþykki og yfirlýsingar vegna lausnar undan þagnarskyldu er skilyrði. Ef ofangreint samþykki og

yfirlýsingin eru ekki gefin verður krafa alla jafna ekki tekin til afgreiðslu.

*Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Unsere Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen wir, als Unternehmen der Lebensversicherung Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> oder weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an andere Stellen, z.B. Assistance-, Logistikoder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird eine Leistungsprüfung in der Regel nicht möglich sein.*

Ef vinnsla og notkun upplýsinga þinna byggja á skýru samþykki þínu getur þú hvenær sem er afturkallað slíka notkun í framtíðinni. Ef samþykki þitt fyrir því að framfylgja megi samningnum er nauðsynlegt, leiðir afturköllun til þess að bætur fást ekki lengur greiddar.

Yfirlýsingarnar lúta að meðferð heilsufarsgagna, erfðaupplýsinga<sup>1</sup> og annarra gagna sem njóta verndar þagnarskyldu

- af okkar eigin hálfu (sjá 1.),
- í tengslum við fyrirspurn frá þriðja aðila (sjá 2.) og
- við útvistun til aðila utan tryggjanda (sjá 3.)

Yfirlýsingarnar gilda einnig um þá sem eru meðtryggðir og þú ert í forsvari fyrir, lögum samkvæmt, svo sem börn, að svo miklu leyti sem þeim er ekki kunnugt um umfang þessa samþykkis og eiga því ekki kost á að leggja fram eigin yfirlýsingar.

*Soweit die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung erfolgt, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ist Ihre Einwilligung zur Durchführung des Vertrages erforderlich, wird ein Widerruf dazu führen, dass die Leistung nicht mehr erbracht werden kann.*

*Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> und sonstigen von der Schweigepflicht geschützten Daten*

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.)

*Die Erklärungen gelten auch für von Ihnen gesetzlich vertretene mit-versicherte Personen, wie z. B. für Ihre Kinder, soweit diese die*

Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

weitere von der Schweigepflicht geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

**1. Öflun, vistun og notkun heilsufarsgagna og erfðaupplýsinga<sup>1</sup>, sem þú lést í té, af hálfu tryggjanda**  
**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten und genetischen Daten<sup>1</sup> durch den Versicherer**

Þessa yfirlýsingu má gefa hér undir möguleika I eða síðar í hverju tilviki fyrir sig (sjá möguleika II). Vinsamlegast veldu annan hvorn eftirtalinn möguleika. Ákvörðuninni má svo breyta síðar.

**Ég fellst á að** tryggjandinn afli, visti og nýti þau heilsufarsgögn sem ég lét í té í umsókn þessari og síðar, að svo miklu leyti sem þau eru nauðsynleg við mat á bótakröfu. Samþykki mitt nær einnig til erfðaupplýsinga<sup>1</sup>, að svo miklu leyti sem notkun þeirra er heimil við mat á bótaskyldu, í þeim mæli sem lýst er hér að framan.

Sie können diese Erklärungen bereits an dieser Stelle unter Möglichkeit I oder später im Einzelfall (siehe Möglichkeit II) erteilen. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung nachträglich jederzeit ändern.

Auk þess heimila ég að vinna megi úr þeim upplýsingum um sem ég lét í té, við áhættumat í ferli til sjálfvirkar ákvörðunartöku í einstaka tilviki.

**Vinsamlegast veldu!**

**Möguleiki I (Möglichkeit I):**

*Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsprüfung erforderlich ist. Meine Einwilligung umfasst auch genetische Daten<sup>1</sup>, soweit deren Verwendung zur Leistungsprüfung im oben beschriebenen Umfang zulässig ist.*

**Ég fellst á að** tryggjandinn – að svo miklu leyti sem slíkt er nauðsynlegt fyrir áhættumat eða mat á bótaskyldu – afli heilsufarsupplýsinga minna sem og – svo framarlega sem slíkt sé heimilt í þeim mæli sem lýst er hér að framan – erfðaupplýsinga minna<sup>1</sup> hjá læknum, umönnunaraðilum sem og starfsmönnum sjúkrahúsa, öðrum sjúkrastofnunum, hjúkrunarheimilum, váttryggjendum einstaklingum, lögboðnum sjúkrasamlögum, starfsgreinasamböndum og yfirvöldum og noti þær í þeim tilgangi.

*Weiter willige ich ein, dass die von mir angegebenen Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden dürfen.*

*Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten sowie – sofern im oben beschriebenen Umfang zulässig – meine genetischen Daten<sup>1</sup> bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossen-schaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.*

**2. Beiðni um heilsufarsupplýsingar og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> frá þriðja aðila**  
**2. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten<sup>1</sup> bei Dritten**

Ég leysi ofangreinda aðila og starfsmenn téðra stofnana undan þagnarskyldu, svo framarlega sem heilsufarsupplýsingar mínar og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> voru fengnar á leyfilegan hátt með rannsóknnum, ráðgjöf, meðferð sem og úr tryggingaumsóknum og -samningum á allt að tíu ára tímabili áður en umsókn var lögð fram hjá váttryggjanda.

**2.1. Beiðni um heilsufarsupplýsingar og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> frá þriðja aðila við áhættumat og mat á bótaskyldu**  
**2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten und genetischen Daten<sup>1</sup> bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Við mat á bótakröfu getur reynst nauðsynlegt að afla upplýsinga hjá aðilum sem búa yfir upplýsingum um heilsufar eða erfðaupplýsingar<sup>1</sup>. Auk þess kann við mat á bótaskyldu að reynast nauðsynlegt fyrir okkur að sannreyna þær upplýsingar um heilsufar þitt sem þú veittir sem rökstuðning krafna eða sem leiðir af gögnum (t.d. reikningum, reglugerðum, skýrslum sérfræðinga) eða tilkynningum t.d. læknis eða annarra aðila innan heilbrigðisgeirans

*Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten sowie genetischen Daten<sup>1</sup> aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungs-anträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.*

*Für die Beurteilung unserer Leistungspflicht kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> verfügen. Außerdem kann es bei dieser Prüfung erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.*

Ég er auk þess samþykk(ur) því, í þessu sambandi, – að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur – , að heilsufarsupplýsingar mínar, erfðaupplýsingar<sup>1</sup> og hugasnlega frekari gögn sem lúta þagnarskyldu, verði send áfram frá váttryggjanda til ofangreindra aðila og leysi að þessu leyti þá sem starfa fyrir váttryggjanda undan þagnarskyldu sinni.

Slíkt mat fer aðeins fram ef nauðsyn krefur og ef það er löglegt varðandi erfðaupplýsingar<sup>1</sup>. Til þess þurfum við samþykki þitt ásamt lausn undan þagnarskyldu okkur til handa, sem og þessum aðilum, ef miðla þarf áfram, innan ramma þessara fyrirspurna, heilsufarsupplýsingum, erfðaupplýsingum<sup>1</sup> eða frekari upplýsingum sem lúta þagnarskyldu.

*Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> sowie gegebenenfalls weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.*

*Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich und bei genetischen Daten<sup>1</sup> deren Verwendung rechtmäßig ist. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten, genetische Daten<sup>1</sup> oder*

Mér verður gerð grein fyrir því, samkvæmt ofangreindum málsgreinum, áður en upplýsingaöflun fer fram, hver aflar þeirra og hvers vegna, og mér verður bent á að ég get mótmælt og sjálf(ur) lagt fram nauðsynleg gögn.

*Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich*

widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

**Möguleiki II (Möglichkeit II):**

**Ég óska eftir því** að váttryggjandi greini mér frá því í hverju tilviki fyrir sig hjá hvaða einstaklingum eða aðilum og í hvaða tilgangi upplýsinga er þörf. Ég tek síðan hverju sinni ákvörðun um það hvort ég

*Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich*

- fallist á að váttryggjandi afli heilsufarsupplýsinga eða erfðaupplýsinga<sup>1</sup> og noti þær, leysi umrædda einstaklinga eða aðila sem og starfsmenn þeirra undan þagnarskyldu sinni og veiti samþykki mitt fyrir því að heilsufarsupplýsingum mínum verði miðlað áfram til váttryggjanda

*• in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige*

- leggi sjálf(ur) fram nauðsynleg gögn.
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bringe.

Mér er kunnugt um að slíkt getur seinkað úrvinnslu umsóknar eða mati á bótaskyldu.

*Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.*

Að svo miklu leyti sem ofangreindar yfirlýsingar eiga við um upplýsingar mínar við umsókn gilda þær í fimm ár frá samningsgerð. Ef fram koma þau tilvik eftir samningsgerð sem gefa tilefni til að ætla að gefnar hafi verið af ráðnum hug rangar eða ófullnægjandi upplýsingar fyrir samningsgerð og þar með haft áhrif á áhættumat, þá gilda yfirlýsingarnar í allt að tíu ár frá samningsgerð.

*Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.*

**2.2. Yfirlýsingar sem gilda um andlát þitt**

**2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Við mat á bótaskyldu getur einnig reynst nauðsynlegt að sannprófa heilsufarsupplýsingar og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> eftir andlát þitt.

Sannprófun getur einnig reynst nauðsynleg ef, á allt að tíu árum eftir samningsgerð, koma fram rökstuddar vísbendingar um að við umsókn hafi verið gefnar rangar eða ófullnægjandi upplýsingar og þannig haft áhrif á áhættumat. Við þörfnumst einnig samþykkis fyrir slík tilvik sem og lausnar undan þagnarskyldu. Vinsamlegast veljið annan hvorn eftirtalinnna möguleika.

*Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, Gesundheitsdaten und genetische Daten<sup>1</sup> zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für uns konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben*

*gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung sowie einer Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.*

**Vinsamlegast veldu!**

**Möguleiki I (Möglichkeit I):**

Ef ég andast fellst ég á, að aflað verði heilsufarsupplýsinga og erfðaupplýsinga<sup>1</sup> hjá þriðja aðila vegna mats á bótaskyldu eða til að meta á ný umsóknina eins og lýst er við fyrsta reit sem merkt skal við (sjá hér að framan 2.1. - Möguleiki I).

*Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).*

**Möguleiki II (Möglichkeit II):**

Ef afla þarf heilsufarsupplýsinga eða erfðaupplýsinga<sup>1</sup> um mig að mér látinni/látnum til að meta bótaskyldu eða meta umsókn á ný færast heimild til ákvörðunar um samþykki og yfirlýsingu vegna lausnar undan þagnarskyldu yfir á erfingja mína eða – ef þeir eru því mótfallnir – á þá sem njóta bóta úr samningnum.

*Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten oder genetische Daten<sup>1</sup> erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.*

**3. Miðlun heilsufarsupplýsinga, erfðaupplýsinga<sup>1</sup> og fleiri upplýsinga sem njóta verndar þagnarskyldu til aðila utan váttryggjanda**

**3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> und weiterer von der Schweigepflicht geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers**

Við skuldbindum eftirtalda aðila með samningi til að fara að fyrirmælum um vernd og öryggi upplýsinga. Virðingin verður við eftirtaldu aðila til að fara að fyrirmælum um vernd og öryggi upplýsinga. Virðingin verður við eftirtaldu aðila til að fara að fyrirmælum um vernd og öryggi upplýsinga. Virðingin verður við eftirtaldu aðila til að fara að fyrirmælum um vernd og öryggi upplýsinga.

**3.1. Miðlun upplýsinga vegna læknisfræðilegrar greinargerðar**

**3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Til að leggja mat á þær áhættur sem tryggja skal og til að sannreyna bótaskyldu getur reynst nauðsynlegt að kalla til matsmenn. Til þess þurfum við samþykki þitt og lausnar undan þagnarskyldu ef miðla þarf í því sambandi heilsufarsupplýsingum þínum, erfðaupplýsingum<sup>1</sup> og fleiri upplýsingum sem njóta verndar þagnarskyldu. Við greinum þér frá miðlun upplýsinga hverju sinni.

*Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzubeziehen. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.*

**Ég fellst á**, að váttryggjandinn, að svo miklu leyti sem slíkt er nauðsynlegt fyrir mat á bótaskyldu, miðli heilsufarsupplýsingum mínum og erfðaupplýsingum<sup>1</sup>, fengnum með réttmætum hætti, til matsmanna, og að heilsufarsupplýsingar og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> verði notaðar þar í þeim tilgangi og að niðurstöðurnar verði sendar til baka til váttryggjanda. Hvað heilsufarsupplýsingar mínar varðar, erfðaupplýsingar<sup>1</sup> og frekari upplýsingar sem njóta verndar þagnarskyldu leysi ég þá sem starfa fyrir váttryggjanda og matsmennina undan þagnarskyldu.

*Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und rechtmäßig erhobenen genetischen Daten<sup>1</sup> an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten und genetischen Daten<sup>1</sup> dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.*

### 3.2. Útvistun verkefna til annarra aðila (fyrirtækja eða einstaklinga)

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

Ákveðin verkefni, eins og til dæmis afgreiðsla bótatílvika eða ráðgjöf til viðskiptamanna símleiðis, þar sem öflun, vinnsla eða notkun heilsufarsupplýsinga eða erfðaupplýsinga<sup>1</sup> getur átt sér stað, vinnum við að hluta til ekki sjálf. Slík verkefni höfum við falið öðrum félögum í hópi Allianz Deutschland eða öðrum aðila utan Allianz Deutschland Gruppe að inna af hendi. Ef upplýsingum sem njóta verndar þagnarskyldu er þar miðlað áfram þurfum við frá þér lausn undan þagnarskyldu okkur til handa og eftir því sem nauðsyn krefur einnig hinum aðilunum til handa.

*Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> kommen kann, führen wir teilweise nicht selbst durch. Insoweit haben wir diese Aufgaben anderen Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe oder einer anderen Stelle außerhalb der Allianz Deutschland Gruppe übertragen. Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.*

Við uppfærum samfelldan lista yfir þá aðila og tegund aðila sem afla, vinna úr eða nota fyrir okkur samningsbundið upplýsingar og/eða heilsufarsupplýsingar sem og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> sem njóta verndar þagnarskyldu. Verkefni sem einstökum aðilum voru falin má sjá í þeim lista. Núverandi listi fylgir samþykksyfirlýsingunni <sup>\*</sup>). Uppfærðan lista má einnig sjá á netinu undir [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) eða panta hjá okkur (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlín, sími 0800 4 100 104, [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de) eða Deutsche Lebensversicherungs-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlín, [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de)). Við þurfum samþykki þitt til að miðla áfram heilsufarsupplýsingum og nota þær hjá þeim aðilum sem tilgreindir eru í listanum.

*Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß von der Schweigepflicht geschützte Daten und/oder Gesundheitsdaten sowie genetische Daten<sup>1</sup> für uns erheben, verarbeiten oder nutzen. Die Aufgaben, die den einzelnen Stellen übertragen wurden, können Sie dieser Liste entnehmen. Die zurzeit gültige Liste ist der Einwilligungserklärung unmittelbar angefügt <sup>\*</sup>). Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.allianz.de/datenschutz](http://www.allianz.de/datenschutz) eingesehen oder bei uns (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlín, Telefon 0800 4 100 104, [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de) oder Deutsche Lebensversicherung-AG, An den Treptowers 3, 12435 Berlín, [lebensversicherung@allianz.de](mailto:lebensversicherung@allianz.de)) angefordert werden. Für die*

*Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und deren Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.*

**Ég fellst á**, að váttryggjandi miðli heilsufarsupplýsingum mínum sem og erfðaupplýsingum<sup>1</sup> til þeirra sem tilgreindir eru á ofangreindum lista og að heilsufarsupplýsinga og erfðaupplýsinga<sup>1</sup> verði þar aflað, úr þeim unnið og þær notaðar í umræddum tilgangi og í þeim mæli, sem váttryggjanda er heimilt. Ég leysi starfsmenn Allianz Deutschland Gruppe og hinna aðilana sem falin eru verkefni, undan þagnarskyldu hvað varðar miðlun heilsufarsupplýsinga, erfðaupplýsinga<sup>1</sup> og annarra upplýsinga sem njóta verndar þagnarskyldu.

*Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie genetische Daten<sup>1</sup> an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und genetischen Daten<sup>1</sup> dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Allianz Deutschland Gruppe und der anderen beauftragten Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten, genetischen Daten<sup>1</sup> und anderer von der Schweigepflicht geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.*

### 3.3. Miðlun upplýsinga til endurtryggjanda

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherer

Til að tryggja að við getum staðið við kröfur þínar getum við samið við endurtryggjendur sem taka á sig tryggða áhættu okkar að hluta til eða að fullu. Í sumum tilvikum snúa endurtryggjendur sér til annarra endurtryggjanda og senda þeim sömuleiðis upplýsingar þínar. Til að endurtryggjandi geti myndað sér eigin hugmynd um áhættuna eða tryggingartilvikikið gætum við þurft að leggja tryggingar- eða bótaumsóknina fyrir endurtryggjandann. Slíkt á einkum við ef váttryggingarupphæðin er sérlega há eða ef um áhættu er að ræða sem erfið er að flokka.

*Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzuschließen, können wir Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.*

Auk þess er hugsanlegt að endurtryggjandi aðstoði okkur við mat á bótaskyldu sem og við mat á vinnsluferlum, sökum sérstakrar kunnáttu hans. Hafi endurtryggjandi tekið að sér að tryggja áhættu getur hann kannað hvort við höfum metið áhættuna eða bótatílvikið rétt.

*Darüber hinaus ist es im Einzelfall möglich, dass uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.*

Auk þess verða upplýsingar um núverandi samninga þína sendar áfram til endurtryggjanda eftir því sem þurfa þykir þannig að þeir geti metið hvort og hversu mikið þeir geta tekið þátt í áhættunni. Til að gera upp iðgjaldsgreiðslur og bótatílvik getur líka verið að upplýsingar um núverandi samninga þína verði sendar til endurtryggjanda.

*Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von*

Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Í ofangreindum tilgangi verða eins ónafngreinanlegar upplýsingar og hægt er notaðar, eða undir dulnefni, en þó einnig persónutengdar heilsufarsupplýsingar.

Persónulegar upplýsingar þínar nota endurtryggjendur eingöngu í ofangreindum tilgangi. Við greinum þér frá miðlun heilsufarsupplýsinga þinna eða erfðaupplýsinga<sup>1</sup> til endurtryggjenda.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten oder genetischen Daten<sup>1</sup> an Rückversicherer werden wir Sie unterrichten.

**Ég fellst á að** heilsufarsupplýsingar mínar sem og erfðaupplýsingar<sup>1</sup> fengnar með réttmætum hætti<sup>1</sup> verði sendar til endurtryggjenda og að þær verði notaðar þar í umræddum tilgangi – að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur. Að svo miklu leyti sem nauðsyn krefur leysi ég þá sem starfa fyrir váttryggjanda undan þagnarskyldu hvað heilsufarsupplýsingar mínar varðar og frekari upplýsinga sem njóta verndar þagnarskyldu.

*Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie die rechtmäßig erhobenen genetischen Daten<sup>1</sup> – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere von der Schweigepflicht geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.*

**\*) Félög Allianz Deutschland Gruppe sem nota grunnupplýsingar í sameiginlegu gagnavinnsluferli sem njóta verndar þagnarskyldu:**

*\*) Gesellschaften der Allianz Deutschland Gruppe, die von der Schweigepflicht geschützte Stammdaten in gemeinsamen DV-Verfahren nutzen:*

*Allianz Beratungs- und Vertriebs-AG, Allianz Deutschland AG, Allianz Lebensversicherungs-AG, Allianz Pension Consult GmbH, Allianz Pensionsfonds AG, Allianz Pensionskasse AG, Allianz Private Krankenversicherungs-AG, Allianz Versicherungs-AG, AllSecur Deutschland AG und Deutsche Lebensversicherungs-AG.*

**Félög í samsteypu Allianz (auðkennd með \*) og veitendur þjónustu sem nota í umboði váttryggjanda persónuupplýsingar sem njóta verndar þagnarskyldu og/eða afla, vinna úr og nota þær:**

Allianz Konzerngesellschaften (mit \* gekennzeichnet) und Dienstleister, die im Auftrag des Versicherers personenbezogene Daten verwenden, die von der Schweigepflicht geschützt sind und/oder Gesundheitsdaten erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Allianz Deutschland AG \* (Versicherungsbetrieb mit Risikoprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Allianz Technology SE \* (Shared-Services-Dienstleistungen für Gesellschaften der Allianz Gruppe)
- AWP Service Deutschland GmbH \* (Assistancedienstleistungen)
- rehacare GmbH \*, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (Reha-Dienstleistungen)
- VLS Versicherungslogistik GmbH \* (Posteingangsbearbeitung)
- KVM ServicePlus - Kunden- und Vertriebsmanagement GmbH \* (vertriebs- und kundennahe Serviceleistungen, Telefonservice)
- IBM Deutschland GmbH (IT-Wartung)
- IMB Consult GmbH (Unterstützung bei der Erstellung medizinischer Gutachten)
- Pro Claims Solutions GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- Schweizerische Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in Zürich (Unterstützung bei der Risiko- oder Leistungsprüfung aufgrund besonderer Sachkunde)
- medicals direct GmbH (Durchführung eines Medizin-Checks bei einer beantragten Leistung von mehr als 400.000 Euro oder Jahresrente von mehr als 30.000 Euro als Alternative zu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen)
- Versorgungswerk der Presse GmbH (Versicherungsbetrieb für über das Versorgungswerk der Presse versicherbare Personen; ohne Risikoprüfung, mit Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung)
- Versorgungsverband bundes- und landesgeförderter Unternehmen e.V. als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages (Beratung und Betreuung der Mitgliedsunternehmen und deren Mitarbeiter im Rahmender betrieblichen Altersversorgung)
- Rechtsanwälte Wagner Pauls Kalb (Einzug von Forderungen aus Regressen)
- Reinald Desbalmes GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- CRIF Bürger GmbH (Unterstützung bei der Leistungsfallbearbeitung)
- WebID Solutions GmbH (Durchführung des Videoident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- SCHUFA Holding AG (Durchführung des SCHUFA-Webservice zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Deutsche Post AG (Durchführung des Postident-Verfahrens zur Identifizierung aufgrund Geldwäschegesetz)
- Gutachter (medizinische und pflegerische Begutachtung und Gutachtenerstellung)
- Entsorgungsunternehmen (datenschutzgerechte Vernichtung von Papierunterlagen)

(Staður, dagsetning)

(Ort, Datum)

Undirskrift hins tryggða

Unterschrift der versicherten Person

Undirskrift tryggingartaka

Unterschrift des Versicherungsnehmers (falls nicht mit der versicherten Person identisch; nicht erforderlich bei Firmen-Direktversicherungen)