
Einwilligung zur Bonitätsauskunft im Rahmen der Risiko-Vorabanfrage

Persönliche Angaben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Die folgende Einwilligung ist zum Zwecke der Prüfung der Risikovorabanfrage vom _____ erforderlich. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung eine vollständige Risikoprüfung nicht möglich ist. Das Prüfergebnis kann insofern von einer späteren Risikoprüfung im Zuge der Beantragung von Versicherungsschutz abweichen.

Ich willige ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G. bei Beantragung einer Krankheitskostenvollversicherung, eines Optionstarifs auf eine Krankheitskostenvollversicherung und/oder eines Krankentagegeldes zum Zwecke des Vertragsabschlusses Informationen zu meinem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren, unter Verwendung von Anschriftendaten, von der infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und von der Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstraße. 30, 10317 Berlin, bezieht und nutzt. Detaillierte Informationen i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. kann ich bei den vorgenannten Unternehmen einholen. Für ICD finden Sie diese unter <http://www.finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Im Zuge der Einholung vorgenannter Wirtschaftsauskünfte willige ich nach § 20 Personalausweisgesetz (PAuswG) ein, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die sich aus einer Ablichtung des Personalausweises ergebenden personenbezogenen Daten verarbeitet.

Datum

Unterschrift Anfragender