

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden

Erklärung zum PDF-, Mail- und Faxantrag im Maklergeschäft

1. Sie erhalten den ausgefüllten Antrag inkl. Deckblatt und Anlage(n) bestehend aus _____ Seiten.
2. Ich bestätige, dass der beigefügte Antrag und die Anlage(n) mit der Kopie des Kunden übereinstimmen und
3. dass der Kunde über den Inhalt der Antragsrückseiten, die u. a. die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz enthält, informiert worden ist.
4. Bei Verträgen mit Gesundheitsprüfung und vom Antragsteller abweichendem Versicherten bestätige ich ferner, dass auch der Versicherte über die Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung sowie über die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht informiert worden ist.
5. Bei Anträgen mit eSignatur:
Dem Antragsteller wurden die vorvertraglichen Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG sowie bei Anträgen mit Gesundheitsfragen auch der Antrag vor Signierung in Textform zur Verfügung gestellt. Die Versicherungsbedingungen wurden

in der Version PKX/.... CRV/.... an den Kunden übermittelt.

Agenturnummer/Vermittlernummer

Ort, Datum

eSignatur oder Unterschrift/Firmenstempel Makler

Informationen zur Übermittlung per E-Mail und Fax:

Bitte senden Sie uns nicht zusätzlich den Originalantrag, da dies unter Umständen zu einer Doppelpolicierung führen kann. Die Policierung wird aufgrund des Mail- / Faxantrages und der beigefügten unterschriebenen Erklärung erfolgen. Elektronisch signierte Anträge senden Sie uns bitte per E-Mail.

Als Mailadresse zur Übermittlung von Anträgen nutzen Sie bitte G_Kranken_Voll@ruv.de für Vollversicherungen und G_Kranken_Zusatz@ruv.de für Zusatzversicherungen.

Für Rückfragen teilen Sie uns bitte **Ihre Telefonnummer** mit: _____



ANTRAG

Krankenversicherung und Pflege-Pflichtversicherung

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.05.2020



Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

Interne statistische Daten

externe Mitarbeiter-Nr./Bankmitarbeiter				zusätzl. MA				zusätzl. MA					
Fremdagentur				AKT-Kennz.		Prod		BVB		Stellen-Nr.			
Bemerkungen						<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

FD-Nr.	Versicherungs-Nr.	Agentur-Nr.	BG	Anrede <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau <input type="checkbox"/> 3 Firma <input type="checkbox"/> 4 ohne Anrede
Name, Vorname, Titel				
Zustellvermerk/Namensergänzung				
Straße, Hausnummer*				
Postleitzahl*	Ort*			Postfach
Telefon (Vorwahl/Anschluss) privat**	Telefax (Vorwahl/Anschluss) privat**	Geburtsdatum <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		
Telefon (Vorwahl/Anschluss) geschäftlich**	Telefax (Vorwahl/Anschluss) geschäftlich**	Geburtsort (nur für Tarif PKB)		
E-Mail-Adresse für Vertragskorrespondenz** (Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen. E-Mail an redaktion@ruv.de genügt.)				

Nationalität/Länder-Kennz.	KD-Art	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> leit. Angest.	<input type="checkbox"/> Beamte
		<input type="checkbox"/> Selbstständige seit: _____	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> in Ausbildung
Mitarbeiter Genossenschaft/Verbundunternehmen	ausgeübter Beruf		externe Kundennummer	
<input type="checkbox"/> ja, genaue Bezeichnung				
<input type="checkbox"/> nein, Branche des Unternehmens	best. R+V-Versicherungsvertrags-Nr. oder		<input type="checkbox"/> Verbundener Kunde	GVV-Nr.
R+V-Kunde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Mitglied Genossenschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Ich bin ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland steuerpflichtig. Kann diese Bestätigung nicht abgegeben werden, ist dieser Passus zu streichen.
 * Erstwohnsitz laut Melderegister. Diese Angabe benötigen wir für die Bonitätsprüfung. Bei falscher Angabe behalten wir uns die Anfechtung des Vertrags vor. ** Diese Angaben sind freiwillig.

Hinweis auf die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bestandteil des Antrags sind einige Fragen an die zu versichernde Person. Versicherungsnehmer und zu versichernde Person sind für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrags und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags.
Wichtig für uns ist die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem gewünschten Inhalt abzuschließen. Angegeben sind auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur geringe Bedeutung haben.
Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und beantworten Sie diese wahrheitsgemäß und vollständig. Dazu sind Sie verpflichtet (vorvertragliche Anzeigepflicht).
Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt uns, vom Vertrag zurückzutreten. Ein Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Ist die Anzeigepflichtverletzung dennoch von Ihnen zu vertreten, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, es handelt sich um eine Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt. Rücktritt und Kündigung kommen nicht in Betracht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Wir können verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend Bestandteil des Vertrags werden.
Treten wir nach dem Eintritt des Versicherungsfalls zurück, sind wir zur Leistung nur verpflichtet, wenn der Umstand, auf den sich die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht, weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, besteht keine Leistungspflicht.
Bei arglistiger Täuschung über einen anzeigepflichtigen Umstand können wir den Versicherungsvertrag auch anfechten.
Sämtliche oben genannten Rechte können wir nicht geltend machen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit Ihrer Anzeige kannten.
Die Beiträge stehen uns zu bis zur Wirksamkeit unserer Rücktritts-, Anfechtungs- oder Kündigungserklärung.
Bevor Sie unterschreiben, kontrollieren Sie bitte nochmals, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, insbesondere wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

Angaben zu den zu versichernden Personen / Versicherungsumfang

Ich beantrage mit Versicherungsbeginn/Änderungsbeginn _____ den Abschluss/die Änderung eines Versicherungsvertrags bei der R+V Krankenversicherung AG für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils genannten Tarifen. Versicherungsdauer/-jahr siehe Rückseite I. 3.

	Person 1	Person 2
Vorname, ggf. abweichender Zuname		
Geburtsdatum, Nationalität/Länderkennzeichen und Geschlecht		
ggf. abweichende Straße und Hausnummer		
ggf. abweichende/r PLZ und Ort		
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit/Branche und Berufsstatus. Weitere berufliche Tätigkeiten (außer Mini-Job)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann füllen Sie bitte das Beiblatt aus.	<input type="checkbox"/> Arbeitn. <input type="checkbox"/> Selbst. seit _____ <input type="checkbox"/> in Ausb. bis _____ <input type="checkbox"/> Beamte <input type="checkbox"/> Heilfürsorge	<input type="checkbox"/> Arbeitn. <input type="checkbox"/> Selbst. seit _____ <input type="checkbox"/> in Ausb. bis _____ <input type="checkbox"/> Beamte <input type="checkbox"/> Heilfürsorge
Beihilfesätze ambulant/stationär Bund/Bundesland?	ambulant _____ % stationär _____ %	ambulant _____ % stationär _____ %
Erstmaliger Beginn einer ununterbrochenen privaten PPV		
Abweichender Geburtsname/ Geburtsort (nur für Tarif PKB)		
Rentenversicherungs-/Zulagennummer, sofern zur Hand (nur für Tarif PKB)		
Zur Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes beachten Sie bitte unbedingt die Rückseite Nr. II. 2	Tarife, Tagessatz, Pflegemonatsgeld, Einmalleistung***	Tarife, Tagessatz, Pflegemonatsgeld, Einmalleistung***
*** Tarif PE oder PEM kann je Person nur gemeinsam mit oder zu einem bereits vereinbarten Pflegemonatsgeld beantragt werden. Wählen Sie zwischen 4.000, 8.000 oder 12.000 EUR.	Tarifbeitrag inkl. ZUS und Zulage****	Tarifbeitrag inkl. ZUS und Zulage****
**** ZUS = 10 % Zuschlag nach § 149 VAG, siehe Rückseite II.		
Zulage = Der Tarifbeitrag für Tarif PKB verringert sich um 5 EUR staatliche Zulage monatlich.	Risikozuschlag Person 1 (Details s. Seite 3 RZ/LA)	Risikozuschlag Person 2 (Details s. Seite 3 RZ/LA)
	Beitrag Person 1	Beitrag Person 2
	Gesamtmonatsbeitrag in Euro	

Risikozuschläge / Leistungsausschlüsse (RZ / LA)

	RZ/LA für Person	auf Tarif(e)	RZ in EUR	RZ/LA wegen Diagnose
Mit folgendem Risikozuschlag (RZ)/ Leistungsausschluss (LA) bin ich einverstanden	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Gesundheitsangaben

Wir machen einen Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen (prädiktive Gentests, die zur Ermittlung von Veranlagungen für Krankheiten dienen) oder der Überlassung entsprechender Daten abhängig. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.

Bitte beachten Sie: Für die Tarife R+V-Pflege FörderBahr (PKB), Klinik classic (K3/K3U), Blick + Check (BC1-BC3/BC1U-BC3U), Zahn (Z1-Z3/Z1U-Z3U) sowie Tarife mit der Zusatzbezeichnung plus (P1-P3/P1U-P3U), Tarif FernWeh (ARED) und ZahnVorsorge (ZV) müssen die Gesundheitsfragen nicht beantwortet werden. Sofern ausschließlich Krankentagegeld (TE06/10 EUR oder TE06/15 EUR) beantragt wird, müssen nur Körpergröße und Gewicht angegeben sowie die Gesundheitsfragen 3 und 4a beantwortet werden.

Falls der Antragsteller Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann er dies innerhalb einer Woche ab Antragstellung unmittelbar dem Vorstand gegenüber in schriftlicher Form nachholen.

	Person 1		Person 2	
Wie groß und wie schwer sind Sie?	<input style="width: 40%;" type="text"/> cm	<input style="width: 40%;" type="text"/> kg	<input style="width: 40%;" type="text"/> cm	<input style="width: 40%;" type="text"/> kg
1. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder wurde dies empfohlen wegen Krebs- bzw. Tumorerkrankungen, der Psyche, des Gehirns oder Nervensystems, Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, einer HIV-Infektion? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen helfen: - Krebs- bzw. Tumorerkrankungen: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren - Psyche: Anzugeben sind auch angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen - Gehirn oder Nervensystem: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen - Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen: Anzugeben sind auch Empfehlungen den Konsum zu reduzieren und/oder zu unterlassen - HIV-Infektion: Anzugeben sind auch ausstehende Testergebnisse, Kontrollen und/oder Verdachtsdiagnosen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2. Stationärfrage und Operationen (auch ambulante): a) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen stationären Aufenthalt oder erfolgte eine Operation (auch ambulant)? b) Ist ein stationärer Aufenthalt oder eine Operation (auch ambulante) in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen 2a und 2b helfen: Anzugeben sind (auch angeratene) Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Was zählt zu einem stationären Aufenthalt? Hiermit sind Aufenthalte in einer Klinik, einem Krankenhaus, einer Universitäts-Klinik, psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik, Rehabilitations-Klinik, Kur-Klinik, einem Sanatorium, einer Schönheitsklinik oder einem Fertilitätszentrum zu verstehen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3. Ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen: a) Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden? b) Ist dies in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen? Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen 3a und 3b helfen: Anzugeben sind (auch angeratene) Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund sind/waren.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
4. Besteht bzw. bestehen a) Allergien, Beschwerden, Krankheiten, organische oder körperliche Anomalien, Unfallfolgen und/oder haben Sie Körperimplantate und/oder Prothesen? Anzugeben sind die oben genannten Punkte auch dann, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind. b) eine Sterilität, Infertilität und/oder ein unerfüllter Kinderwunsch? Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. c) eine körperliche oder geistige Einschränkung, ein Grad der Behinderung, ein Grad der Schädigungsfolge, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Erwerbsminderung und/oder -unfähigkeit oder eine Berufsunfähigkeit? Anzugeben sind auch laufende oder abgelehnte Anträge, angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet? Anzugeben sind Medikamente und die dazugehörigen Diagnosen bzw. Beschwerden. Nicht anzugeben sind Impfungen und die Pille (Kontrazeptiva), sofern diese nur zur Verhütung verschrieben wurde.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfetarife) oder Tarif OT/OTB oder Tarif AGU beantragt wird:				
6. Zahnfragen a) Bestehen Beschwerden oder Krankheiten der Zähne, des Zahnfleisches oder des Kiefers bzw. befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren. b) Ist eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt oder angeraten? Bitte Heil- und Kostenplan beifügen. c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähne – die noch nicht ersetzt sind? Anzugeben sind auch nicht angelegte Zähne (außer Weisheitszähne).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	wenn ja, wie viele? <input style="width: 80%;" type="text"/>		wenn ja, wie viele? <input style="width: 80%;" type="text"/>	

Hinweis zu Krankenversicherungen, die die gesetzliche Krankenversicherung nicht ganz oder teilweise ersetzen: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Leistungen im Zusammenhang mit einer bestehenden bekannten Schwangerschaft, einschließlich Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen. Tarif FernWeh (ARED) enthält hierzu abweichende Regelungen.

Hinweis zu Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie: Unter den Versicherungsschutz fallen nur Leistungen für dauerhaft ersetzte Zähne und bei Vertragsabschluss vorhandene natürliche Zähne sowie Zahnersatzmaßnahmen bzw. kieferorthopädische Behandlungen, die bei Vertragsabschluss weder begonnen noch angeraten bzw. geplant waren. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen.

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen

zu Pers.	zu Frage	Einzelheiten: z. B. Diagnosen, Beschwerden, Medikamente, zahnärztliche Maßnahmen etc.	Ambulante Behandlungen von – bis	Stationäre Behandlungen von – bis	Behandlung abgeschlossen?		Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					ja, seit	nein	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Reicht dieser Platz nicht aus, so sind weitere Angaben auf einem Beiblatt zu machen. Beiblatt: ja nein

Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben).

zu Pers.:	
zu Pers.:	

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Übertritt von GKV/PKV Person Nachweis folgt liegt bei

Ich beantrage die bedingungsgemäße Anrechnung der Vorversicherung in der GKV/PKV auf die Wartezeiten.

Ärztliche Untersuchung Person

Ich beantrage den bedingungsgemäßen Wartezeiterlass (ausgenommen Leistungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und aus Tarif PT) aufgrund einer ärztlichen Untersuchung, deren Kosten ich trage. Geht der Befundbericht auf einem mir ausgehändigten Formblatt beim Versicherer nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Krankenversicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Sonstige Versicherungen

Person	Angaben zur privaten Krankenversicherung (PKV)/zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)						
	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name PKV/GKV	von – bis	Krankengeld-/Krankentagegeldanspruch besteht?	Krankengeld in Euro	Krankentagegeld in Euro	Krankenhaustagegeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Hinweis für PKV-Wechsler: Wenn Sie mit dem Antrag eine Übertragungswertbescheinigung Ihres Vorversicherers einreichen, können wir die Ihnen zustehenden Übertragungswerte bereits von Anfang an berücksichtigen. Außerdem erkennen wir diese als Nachweis der Vorversicherungszeiten an.

Wurde in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem Versicherer (auch R+V) abgelehnt oder mit Leistungsausschluss oder Beitragszuschlag angenommen? ja nein

Wenn ja, Person Nr., welcher Versicherer?

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG (Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben)? ja nein Versicherungs-Nr.

Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der aktuellen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung Beitragsrückstände? ja nein

Bestätigungs- und Verpflichtungserklärung zu Tarif PKB

Bestätigungserklärung

Hiermit bestätige ich (Antragsteller), dass alle nach Tarif PKB zu versichernden Personen die nachfolgenden erforderlichen Voraussetzungen für den Abschluss einer staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung erfüllen, eventuelle Unklarheiten kläre ich vor Unterzeichnung dieser Erklärung:

- Die zu versichernde(n) Person(en) ist/sind in der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert.

(Aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung folgt in der Regel die Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflege-Pflichtversicherung.)

- Die zu versichernde(n) Person(en) hat/haben das 18. Lebensjahr vollendet.
- Die zu versichernde(n) Person(en) erhält/erhalten keine Leistungen, die auf Grund ihres körperlichen oder mentalen Zustandes aus Mitteln der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung geleistet werden und hat/haben derartige Leistungen auch in der Vergangenheit nicht erhalten. Entsprechende Leistungen ruhen auch nicht, weil vorrangige Leistungen anderer staatlicher oder öffentlicher Leistungsträger, etwa der gesetzlichen Unfallversicherung, bezogen werden oder wurden.
- Es besteht keine weitere auf den Namen der zu versichernden Person(en) lautende staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung.

Verpflichtungserklärung

- Im Weiteren verpflichte ich mich, jede Änderung der Verhältnisse bezüglich der Voraussetzungen für die Versicherungs- oder Förderfähigkeit, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung, unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bewusst, dass auch unbewusst unrichtige Angaben zur Rückforderung von gezahlten Zulagen und der Rückabwicklung des Vertragsverhältnisses führen und damit Ansprüche aus dem Vertrag verloren gehen.

Vollmacht zur Beantragung einer Pflegevorsorgezulage für Tarif PKB

Mit Abschluss dieses Vertrags bevollmächtige ich die R+V Krankenversicherung AG die staatliche Pflegevorsorgezulage nachträglich für jedes Beitragsjahr zu beantragen, die Pflegevorsorgezulage sowie die Bescheide der zentralen Stelle bei der Deutsche Rentenversicherung Bund entgegenzunehmen und die Pflegevorsorgezulage dem Beitragskonto gutzuschreiben.

Ich willige ein, dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der zentralen Stelle bei der Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt werden. Sofern eine Sozialversicherungs- bzw. Zulagennummer mit dem Antrag nicht mitgeteilt wird, noch nicht besteht oder die mitgeteilte Nummer bei der zentralen Stelle nicht bekannt ist, umfasst die vorstehende Vollmacht zudem die Einwilligung der betroffenen versicherten Person in die Abfrage oder Vergabe dieser Nummer bei der vorgenannten zentralen Stelle.

Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung

Die PPV besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherer und wird dort beibehalten; Nachweis folgt: ja nein Person 1 ja nein Person 2

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung (s. Rückseite III. 2.) sind erfüllt. ja nein Person 1 ja nein Person 2
Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite III. 1.) des Kindes liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2020: 455 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 450 EUR (2020).

Folgender Elternteil ist privat pflegeversichert:

Name: pflegevers. bei: seit:

Beitragsbegrenzung von Ehegatten* (nur zu beantworten, wenn einer der Ehegatten* bereits seit dem 01.01.1995 privat pflegeversichert ist oder sich im 1. Halbjahr 2002 nach § 26 a Abs. 1 SGB XI freiwillig versichert hat)

Name des Ehegatten: pflegevers. bei: seit:

Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite III. 1.) eines Ehegatten* liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2020: 455 EUR)

bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 450 EUR (2020). ja nein

* Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sind Ehegatten gleichgestellt

Angaben für die Datenübermittlung an Finanzbehörden

(Gilt nur für beantragte Krankheitskostenvoll- und Pflege-Pflichtversicherungen)

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die steuerlich abzugsfähigen Beitragsanteile für die Krankheitskostenvollversicherung und private Pflegepflichtversicherung gemeinsam mit den hierzu erforderlichen personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. erstattete Beiträge) jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres an die Finanzbehörden zu übermitteln, § 10 Abs. 2b EStG. Hierzu benötigen wir für den Versicherungsnehmer und jede betroffene versicherte Person die Steuer-Identifikationsnummer. Bitte teilen Sie uns diese mit. Wird uns die Steuer-Identifikationsnummer nicht mitgeteilt (z. B., weil Sie sie nicht zur Hand haben) oder hat sich bei der Mitteilung ein Fehler eingeschlichen, werden wir die Steuer-Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern abfragen. Hierzu sind wir nach § 22 a Abs. 2 EStG berechtigt.

Versicherungsnehmer (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Steuer-Identifikationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Versicherte Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Steuer-Identifikationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Versicherte Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Steuer-Identifikationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unterschriften/Einwilligungserklärungen

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Widerrufsbelehrung, die über das Widerrufsrecht und die Folgen seiner Ausübung informiert, widerrufen. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, sofern der Versicherungsbeginn vor dem Ende dieser Frist liegt.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Rückseite. Diese enthält die Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung und Schweigepflichtentbindung zur

- Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch die R+V Krankenversicherung AG (im Folgenden „R+V“) – unter 1. und 2.,
- Weitergabe dieser Daten an Stellen außerhalb der R+V – unter 2. und 3.,
- Speicherung und Verwendung dieser Daten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt – unter 4.

und weitere Einwilligungen und Datenschutzhinweise mit dem Hinweis auf das Widerspruchsrecht gegen Werbung, Markt- oder Meinungsforschung.

Diese Erklärungen sind wichtiger Bestandteil Ihres Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese Erklärungen zur Kenntnis genommen haben und erteilen Ihre Einwilligungen. Sollten Sie die Einwilligungen zu 1. bis 4. nicht abgeben, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich.

Bei Beantragung einer substitutiven Krankenversicherung (Vollversicherung): Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch, dass Ihnen das Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht über die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung ausgehändigt wurde.

Nach der Unterzeichnung des Antrages erhalten Sie sofort eine Kopie.

Ich als Vermittler bestätige mit meiner Unterschrift, dass außer den hier gemachten Angaben mir gegenüber weder mündlich noch schriftlich weitere Erklärungen abgegeben wurden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers (Versicherungsnehmer) und/oder gesetzliche Vertreter	Unterschrift des Vermittlers

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soweit nicht mit dem Antragsteller identisch: Unterschrift (Vor- und Zuname) der 1. zu versichernden Person ab 16 Jahre und/oder gesetzliche Vertreter	Unterschrift (Vor- und Zuname) der 2. zu versichernden Person ab 16 Jahre und/oder gesetzliche Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Die der R+V Krankenversicherung AG lautet: DE150080000136566

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-)Lastschriftmandats gegeben.

IBAN

Zahlungsweise:
monatlich

Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.

Der Kontoinhaber ist **nicht** der Versicherungsnehmer.

Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht

Anrede Herr Frau Firma

Name, Vorname

Zusatz, Zustellvermerk, Namensergänzung

Straße, Hausnummer

Länder-Kennz.

Postleitzahl

Ort

Postfach

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers und/oder gesetzliche Vertreter

Empfangsbestätigung/Verzichtserklärung

Der Versicherungsnehmer bestätigt, die vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz erhalten zu haben.

Die Übergabe der Bedingungen erfolgte per:

Bedingungsheft – Version PKX CD-Rom – Version CRV Bedingungsheft – Version PKX als PDF per E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers und/oder gesetzliche Vertreter

oder alternativ: **Verzichtserklärung**

Bitte verwenden Sie die gesonderte Verzichtserklärung

Verzichtserklärung

Versicherungs-Nr.	Agentur-Nr.	Vermittler / AD-Mitarbeiter-Nr. / Bankmitarbeiter-Nr. bzw. Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Vorname, Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Ort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kundennummer/verb. /

Produkt:

Antrag vom:

Als Versicherungsnehmer habe ich einen gesetzlichen Anspruch darauf

- die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die Verbraucherinformationen nach der aufgrund des § 7 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erlassenen Rechtsverordnung

vor Abgabe meiner Vertragserklärung in Textform zu erhalten.

Ich verzichte mit der Abgabe dieser Erklärung ausdrücklich darauf, diese Informationen vor Abgabe meiner Vertragserklärung zu erhalten. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich bei Abgabe dieser Verzichtserklärung die Informationen erst mit dem Versicherungsschein und nicht bereits vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalte. Mir ist bewusst, dass die Abgabe dieser Verzichtserklärung keine Voraussetzung für den Vertragsschluss ist.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers
bei Minderjährigen:
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift / Stempel des Vermittlers

I. Wesentliche Hinweise

1. Rechtlich selbstständige Verträge

Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsvertrag sind rechtlich selbstständige Verträge, die lediglich aus Verwaltungsgründen unter derselben Versicherungsnummer geführt werden.

2. Aufgabe einer bestehenden Versicherung

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im Allgemeinen für beide Unternehmen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Bitte beachten Sie: Außer in der privaten Pflegepflichtversicherung werden Alterungsrückstellungen, die beim bisherigen Versicherer aufgebaut wurden, gegebenenfalls nicht oder nicht vollständig auf den neuen Versicherer übertragen. Abhängig ist dies von den versicherten Tarifen und dem Vertragsverlauf.

3. Versicherungsdauer/-jahr

Der Vertrag wird pro Person und Tarif in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie im Tarif ZV für die Dauer von zwei Versicherungsjahren, im Übrigen für ein Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das 1. Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifs rechnet vom Versicherungsbeginn und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres.

Die Pflege-Pflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

4. Zustandekommen der Verträge

Die Versicherungsverträge kommen erst zustande, wenn die schriftliche Annahmeerklärung des Versicherers oder der Versicherungsschein zugegangen ist und der Antragsteller von seinem Widerrufsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

II. Versicherungsbedingungen

1. Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife, soweit diese Bestandteil des Versicherungsvertrags sind.

Erläuterung:

ZUS: Nach § 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) haben Neukunden in den Krankheitskostentarifen der Vollversicherung einen Zuschlag von 10 % auf den Grundbeitrag (ohne sonstige eventuelle Zuschläge) zu zahlen. Dies gilt für Alter 22 bis 60 Jahre. Der Zuschlag dient dazu, die Beiträge ab Alter 65 möglichst konstant zu halten. Im Versicherungsschein wird er je versicherter Person unter der Bezeichnung "ZUS" separat ausgewiesen.

2. Ich bestätige mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag, dass der beantragte Krankentagegeldsatz gemeinsam mit anderen Krankentage- und Krankengeldern das nach nachfolgenden Maßgaben berechnete versicherbare Krankentagegeld nicht übersteigt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte können maximal die Differenz zwischen Nettoeinkommen aus der Entgeltabrechnung und Nettokrallengeld absichern, mit vereinfachter Gesundheitsprüfung höchstens 15 EUR.

Für alle anderen Personen darf das beantragte Krankentagegeld zusammen mit bereits bestehenden Krankentagegeldversicherungen und etwaigen Ansprüchen auf Krankengeld das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen nicht übersteigen. Als versicherbares Nettoeinkommen nach den Tarifen TE gelten für:

• Arbeitnehmer

75 % des auf den Tag umgerechneten Bruttoentgelts aus der zu versichernden beruflichen Tätigkeit der letzten 12 Monate vor diesem Antrag (1/360) inklusive Vermögenswirksame Leistungen (VL), Sachbezüge (z. B. Dienstwagen), regelmäßige Sonderzahlungen (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, fest vereinbarte 13. oder 14. Monatsgehälter - keine variablen Bonifikationen), regelmäßige Zulagen (z. B. Schichtzulagen, Nachtarbeitszuschläge, jedoch keine Mehrarbeitsvergütungen). Privat Krankenvollversicherte können zusätzlich die Arbeitgeberanteile zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung, gesetzlichen Rentenversicherung oder berufsständischen Versorgungswerken absichern.

Wird die Tätigkeit noch keine 12 Monate ausgeübt: 75 % des Jahreszielgehalts (1/360).

• Selbstständige/Freiberufler

85 % des auf den Tag umgerechneten Gewinns vor Steuern (Differenz zwischen Betriebseinnahmen und den Betriebsausgaben nach § 4 Abs. 3 EStG) des letzten abgelaufenen Kalenderjahres (1/360).

III. Private Pflege-Pflichtversicherung

1. Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt. Bei Kindern bleibt das Einkommen aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem das Kind Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des 2. Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, außer Betracht.

2. Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil privat pflegepflichtversichert ist und die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Das Kind ist nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, nicht von der dortigen Versicherungspflicht befreit und hat dort keinen Anspruch auf Familienversicherung.

Es ist nicht hauptberuflich selbstständig und hat kein Gesamteinkommen (s. Nr. 1), das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet - das sind 455 EUR im Jahr 2020 - bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV kein Gesamteinkommen über 450 EUR (2020).

IV. Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um die Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag verarbeiten zu dürfen, benötigen wir, die R+V Krankenversicherung AG (im Folgenden R+V), Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die R+V Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister für die telefonische Kundenbetreuung, die zentrale Datensammlung, das Forderungs- oder das Beschwerdemanagement, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und 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 und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die R+V selbst (unter 1. und 2.),

- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der R+V (unter 2. und 3.) und

- wenn der Vertrag nicht zustande kommt - unter 4.

Die Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie z. B. Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Verarbeitung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die R+V

Ich willige ein, dass die R+V die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Erklärung für den Todesfall der zu versichernden Person

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es nach dem Tod einer versicherten Person erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Die R+V benötigt für die Abfrage von Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse die Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für Stellen, die über die Gesundheitsdaten verfügen.

Für den Fall des Todes willige ich ein, dass die R+V – soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit ihre zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die R+V übermittelt werden.

Die zu versichernde Person ist darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – ihre Gesundheitsdaten durch die R+V an diese Stellen weitergegeben werden und befreit auch insoweit die für die R+V tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der R+V

Die R+V verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die R+V benötigt 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 R+V meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verarbeitet und die Ergebnisse an die R+V zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die R+V tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die R+V führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, die zentrale Datensammlung, das Forderungsmanagement oder das Beschwerdemanagement, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der R+V Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei nach § 203 StGB geschützte Daten weitergegeben, benötigt die R+V Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die R+V führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die R+V erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Sie finden sie in der nachfolgenden Anlage. Eine aktuelle Liste kann bei der R+V Krankenversicherung AG, PK, 65181 Wiesbaden oder unter www.bdsgruv.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die R+V Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die R+V meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die R+V dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der R+V Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung der Ansprüche abzusichern, kann die R+V Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit die Rückversicherung sich ein Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, kann die R+V Ihren Versicherungsantrag oder Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die R+V das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Zur Abrechnung von 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 Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verarbeitet. Über die Übermittlung der Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden die Vertragsbeteiligten durch die R+V unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die R+V tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an Ihren selbstständigen Vermittler

Die R+V gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder nach § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die R+V meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort verarbeitet und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Verarbeitung von Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die R+V Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können.

Ich willige ein, dass die R+V 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 verarbeitet.

Weitere Einwilligungen und Datenschutzhinweise

1. Ich willige ein, dass die Versicherer der R+V Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und entbinde die für R+V tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden beziehen und benutzen kann. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

3. Ich kann der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

4. Schließlich erkläre ich, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem beigefügten Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.

Anlage zu Ziffer 3.2 der Einwilligung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Stellen	Übertragene Aufgaben
R+V Versicherung AG	Interne Revision; Zentrales Rechtswesen und Compliance; Gesellschaftsübergreifendes Gesamtrisikomanagement und Controlling; Betreuung in Bezug auf Rechnungswesen und Steuern; Gesellschaftsübergreifende Unternehmensentwicklung (inklusive Strategisches Kundenmanagement)
R+V Allgemeine Versicherung AG	EDV (Systembetrieb, -entwicklung, Konzeption u. Steuerung); Versicherungsvermittlung; (Telefon-)Marketing, Vertriebskoordination, -unterstützung und -verwaltung; Posteingangsverteilung; Verwaltungsdienste; Datenschutz und Konzernsicherheit
R+V Lebensversicherung AG	Versicherungsvermittlung; Außendienstbetreuung; Antragsbearbeitung; Risikoprüfung; Beschwerdemanagement; Rechnungswesen; Rückversicherungsbetreuung; Versicherungsmathematik und Statistik; Datenverarbeitungs-Koordination
R+V Service Center GmbH	Telefonischer Kundenservice; Assistance-Leistungen; Antrags- und Bestandsbearbeitung
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH	Forderungsmanagement; Dienstleistungen im Rahmen des Adressmanagements
interServ Gesellschaft für Personal- und Beraterdienstleistungen mbH	Posteingangsbearbeitung
IBM Deutschland GmbH	Posteingangsbearbeitung
DIGI-TEXX VIETNAM Ltd.	Posteingangsbearbeitung
Mikro-Univers GmbH	Posteingangsbearbeitung
PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
DG Verlag eG	Controlling von vertriebsunterstützenden Maßnahmen
Rhenus Office Systems GmbH	Aktenlagerung und -vernichtung
InFoScore Consumer Data GmbH	Wirtschaftsauskünfte
Lupenwert GmbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung
Roland Assistance GmbH	Medizinisches Servicetelefon
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistanceleistungen
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Beratung in der Pflegepflichtversicherung
Kategorien von Stellen	Übertragene Aufgaben
Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater, Heilpraktiker etc.)	Erstellung von Gutachten; Beratungsleistungen zu Behandlungs-, Transportmöglichkeiten etc.
Dienstleister zur Leistungsunterstützung	Unterstützung bei Leistungsbearbeitung
Kostenmanagementdienstleister	Maßnahmen zur Kostensenkung
Dienstleister für IT-Support	IT-Support (Pflege, Wartung)
Entsorgungsunternehmen, Aktenarchivare	Entsorgung von Dokumenten und Speichermedien