

**R+V Krankenversicherung AG**  
Raiffeisenplatz 1  
65189 Wiesbaden

### **Erklärung zum PDF- und Faxantrag im Maklergeschäft**

1. Sie erhalten den ausgefüllten Antrag inkl. Deckblatt und Anlage(n) bestehend aus  Seiten.
2. Ich bestätige, dass der beigelegte Antrag mit der Antragskopie des Kunden übereinstimmt 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 ist der Versicherte über die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie über die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht informiert worden.

Agenturnummer/Vermittlernummer

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel Makler

### **Gilt bei Übermittlung per Fax:**

**Bitte senden Sie uns nicht zusätzlich den Originalantrag, da dies unter Umständen zu einer Doppelpolicierung führen kann. Die Policierung wird aufgrund des Faxantrages und der beigelegten unterschriebenen Erklärung erfolgen.**

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



ANTRAG

**Das Gesundheitskonzept ELAN und  
weitere Kranken-Zusatzversicherungen  
der R+V.**

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden  
Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.01.2018



Genossenschaftliche FinanzGruppe  
Volksbanken Raiffeisenbanken

# Antrag auf R+V-Krankenzusatzversicherung



R+V Krankenversicherung AG · Raiffeisenplatz 1 · 65189 Wiesbaden · Bundesrepublik Deutschland

Genossenschaftliche FinanzGruppe  
Volksbanken Raiffeisenbanken

## Interne statistische Daten

externe Mitarbeiter-Nr./Bankmitarbeiter					zusätzl. MA					zusätzl. MA				
Fremdagatur					Stellen-Nr.					Stellen-Nr.				
BG		AKT-KZ:			Prod		BVB			Stellen-Nr.		Stellen-Nr.		
					X X		X X							
Bemerkungen														

## Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

FD-Nr.		Versicherungsschein-Nr.					Agentur-Nr.			BG		Nationalität		
												Lnd.-KZ		
Name, Vorname, Titel														
Straße, Hausnummer**														
Postleitzahl**														
Ort**														
Geburtsdatum														
GVV-Nr.														
**Erstwohnsitz laut Melderegister														
*Freiwillige Angabe gem. Bundesdatenschutzgesetz														
Ich bin Mitglied einer Genossenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														

## Angaben zu den zu versichernden Personen / Versicherungsumfang

Ich beantrage mit Versicherungsbeginn: **01** den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags für die nachstehend aufgeführten Personen bei der R+V Krankenversicherung AG. Versicherungsdauer/-jahr: Siehe Rückseite I. Wesentliche Hinweise Nr. 2.

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname ggf. abweichender Zuname			
Geburtsdatum und Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit			
Tarifname	Bitte tragen Sie bei den von Ihnen gewünschten Tarifen den Monatsbeitrag der zu versichernden Personen ein:		
	Monatsbeitrag/EUR	Monatsbeitrag/EUR	Monatsbeitrag/EUR

### Krankenhaus

Klinik classic (K3U)			
Klinik comfort (K2U)			
Klinik premium (K1U)			

### Sehlfen, Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Behandlungen und Naturheilverfahren

Blick + Check classic (BC3U)			
Blick + Check comfort (BC2U)			
Blick + Check premium (BC1U)			
Kostenerstattung ambulant (AGU)			
NaturMedizin (N1U)			

### Zähne

Zahn classic (Z3U)			
Zahn comfort (Z2U)			
Zahn premium (Z1U)			
Zahnvorsorge (ZV)			

### Produktbündel mit Beitragsvorteil

Classic plus (P3U)			
Comfort plus (P2U)			
Premium plus (P1U)			

### Produktbündel mit Beitragsvorteil für Mitglieder von Genossenschaften

Mitglieder classic (M3U)			
Mitglieder comfort (M2U)			
Mitglieder premium (M1U)			

### Tagegelder

Krankentagegeld (TE06)	Tagessatz	15 EUR		Tagessatz	15 EUR		Tagessatz	15 EUR	
Krankenhaustagegeld (10U)									

## Auslandsreise-Krankenversicherung

### FernWeh (ARED)

Ein Antrag auf eine Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif FernWeh ist nur möglich, wenn für eine der zu versichernden Personen zusätzlich einer der oben genannten Tarife mit beantragt wird.

Summe Monatsbeitrag/EUR

Summe Monatsbeitrag/EUR

Summe Monatsbeitrag/EUR

Gesamtmonatsbeitrag  
in Euro

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG? ja  nein

Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben:

### 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. Anzugeben 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 die Verletzung der Anzeigepflicht 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.

### 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.

Sie müssen uns jedoch, ungeachtet der angewandten Untersuchungsmethode, bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Allergien, Unfallfolgen und Fehlbildungen mitteilen. Bitte beachten Sie, dass die Gesundheitsangaben für die Tarife Klinik comfort (K2U), Klinik premium (K1U), Kostenerstattung ambulant (AGU), NaturMedizin (N1U) und Krankenhaustagegeld (Tarif 10U) notwendig sind. Sofern ausschließlich Krankentagegeld (TE06/15 EUR) beantragt wird, müssen nur die Erklärung zu Angaben gegenüber dem Vorstand und zu Körpergröße und Gewicht abgegeben sowie die Gesundheitsfragen 5 und 8 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	Person 3
Weitere Angaben werde ich innerhalb einer Woche schriftlich dem Vorstand der R+V Krankenversicherung AG übersenden.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie Körpergröße und Gewicht an:	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
1. Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Heilstätte/Kuranstalt stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Wurden in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante) durchgeführt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Haben in den letzten 10 Jahren ambulante psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Haben in den letzten 10 Jahren Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit stattgefunden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5. Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden und/oder bestanden bzw. bestehen Beschwerden, Krankheiten, Allergien, Unfallfolgen, Fehlbildungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6. Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig bzw. besteht zurzeit eine Arbeitsunfähigkeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Besteht eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Sind ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen beabsichtigt oder angeraten? (Zahn- oder kieferorthopädische Behandlungen ggf. bitte unter Frage 12 beantworten).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Werden von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, ein Versorgungsleiden oder eine sonstige Beeinträchtigung der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit vor? (Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis – Anerkennungs- oder Versorgungsbescheid – beifügen).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Sofern Tarif AGU beantragt wird:**

12. Befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan beifügen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Für Personen ab 16 Jahren: Wie viele Zähne – außer Weisheitszähne – fehlen und sind noch nicht ersetzt?	<input type="text"/> Anzahl	<input type="text"/> Anzahl	<input type="text"/> Anzahl

Bitte beachten Sie die abweichenden Regelungen in Tarif FernWeh (ARED).

Für die anderen Tarife gilt:

- Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Aufwendungen für Behandlungen wegen einer bei Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft sowie Entbindung einschließlich jeweiliger Komplikationen und Folgen.

- Hinweis zu den Tarifen 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? ja, seit	nein	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser usw.
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<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.:	
zu Pers.:	

## Unterschriften/Einwilligungserklärungen

**Für alle zu versichernden Personen bestätigen Sie mit der Unterschrift deren Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse. 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.

Nach der Unterzeichnung des Antrages erhalten Sie sofort eine Durchschrift.

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

Ort, Datum	Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers (Versicherungsnehmer) und/oder gesetzliche Vertreter	Unterschrift des Vermittlers

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	Unterschrift (Vor- und Zuname) der 3. 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: DE1500800000136566

Die Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen mit der ersten Abbuchung mit, damit 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. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
-----	-------	--------------------------------

## 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**

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, Datum	Unterschrift des Antragstellers und/oder gesetzliche Vertreter

## Beratungsprotokoll

**Gesprächsteilnehmer** (vom Vermittler auszufüllen):

--	--	--	--

**Ihr Versicherungswunsch/Grund der Beratung:**

Krankenzusatzversicherung      Sonstiges

**Beratungsinhalte:**

Versorgungslücken KV       Leistungen GKV/PKV      Sonstiges

**Empfehlung des Vermittlers:** für die im Antrag aufgeführten Personen

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klinik classic | <input type="checkbox"/> Blick + Check classic     | <input type="checkbox"/> Zahn classic |
| <input type="checkbox"/> Klinik comfort | <input type="checkbox"/> Blick + Check comfort     | <input type="checkbox"/> Zahn comfort |
| <input type="checkbox"/> Klinik premium | <input type="checkbox"/> Blick + Check premium     | <input type="checkbox"/> Zahn premium |
|   | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung ambulant | <input type="checkbox"/> Zahnvorsorge |
|   | <input type="checkbox"/> NaturMedizin              |                                       |

**Gründe für den erteilten Rat:**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Classic plus       | <input type="checkbox"/> Zahnersatzleistungen in Höhe von <input style="width: 40px;" type="text"/> % | <input type="checkbox"/> Zahnvorsorge                     |   |
| <input type="checkbox"/> Comfort plus       | <input type="checkbox"/> Leistungen für Seehilfe  | <input type="checkbox"/> Vorsorge                         | <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren |
| <input type="checkbox"/> Premium plus       | <input type="checkbox"/> Leistungen im Krankenhaus  | <input type="checkbox"/> Auslandsreise-Krankendauerpolice |   |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder classic | <input type="checkbox"/> Produktbündel mit Beitragsvorteil  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder comfort | <input type="checkbox"/> Produktbündel mit Beitragsvorteil für Mitglieder von Genossenschaften        |   |   |
| <input type="checkbox"/> Mitglieder premium | <input type="checkbox"/> Tagegeld bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit                                |   |   |
| <input type="checkbox"/> TE06/15 EUR        | <input type="checkbox"/> Tagegeld bei Krankenhausaufenthalt   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tarif 10U          |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> FernWeh            |   |   |   |

**Abweichender Kundenwunsch:**

Im Übrigen gelten die Angaben im Antrag.

**Empfangsbestätigung:** Ich habe/Wir haben eine Ausfertigung des Beratungsprotokolls erhalten.

--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift Vermittler

## I. Wesentliche Hinweise

### 1. 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.

### 2. Versicherungsdauer/-jahr

Der Vertrag wird pro Person und Tarif in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie in Tarif ZV für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen und in der Krankentagegeldversicherung sowie in Tarif FernWeh (ARED) für die Dauer von einem Versicherungsjahr.

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.

### 3. Zustandekommen des Vertrages

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

### 4. Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

## II. Vertragsgrundlagen

### 1. Versicherungsbedingungen

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

### 2. Versicherungsschutz nach Tarif TE06/15 EUR:

Aus Tarif TE06 erhalten Sie Leistungen nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. als Arbeitnehmer können Sie diesen Tarif nur vereinbaren, wenn Sie eine Entgeltfortzahlung von 6 Wochen erhalten

## III. 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der R+V unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. 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](http://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 weiteren nach § 203 StGB geschützten 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. Einwilligungen können grundsätzlich widerrufen werden.**
- 4. Ich kann der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.**
- 5. Schließlich erkläre ich, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem beigelegten Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.**



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

<b>Stellen</b>	<b>Übertragene Aufgaben</b>
R+V Versicherung AG	Interne Revision; Zentrales Rechtswesen und Compliance; Gesellschaftsübergreifendes Gesamtrisikomanagement und Controlling; Betreuung in Bezug auf Rechnungswesen und Steuern
R+V Allgemeine Versicherung AG	EDV (Systembetrieb, -entwicklung, Konzeption u. Steuerung); Versicherungsvermittlung; (Telefon-)Marketing, Vertriebskoordination, -unterstützung und -verwaltung; Posteingangsverteilung; Datenschutz und Konzernsicherheit
R+V Lebensversicherung AG	Versicherungsvermittlung; Außendienstbetreuung; Antragsbearbeitung; Risikoprüfung; Beschwerdemanagement; Rechnungswesen; Rückversicherungsbetreuung
R+V Service Center GmbH	Telefonischer Kundenservice; Assistance-Leistungen
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH	Forderungsmanagement
PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
interServ GmbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung
Innovas GmbH	Dienstleister für Krankenhausbehandlungsdaten
DG Verlag eG	Controlling von vertriebsunterstützenden Maßnahmen
Rhenus Office Systems GmbH	Aktenlagerung und -vernichtung
infoscore Consumer Data	Wirtschaftsauskünfte
Roland Gesundheits-Assistance	Medizinisches Servicetelefon
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Beratung in der Pflegepflichtversicherung
Medica Technik GmbH	Hilfsmittelversorgung in der Pflegepflichtversicherung
<b>Kategorien von Stellen</b>	<b>Übertragene Aufgaben</b>
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