

**Antrag**

# Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden  
Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.01.2026



**Du bist nicht allein.**

## Interne statistische Daten

externe Mitarbeiter-Nr./Bankmitarbeiter

zusätzl. MA

zusätzl. MA

Fremdagatur

AKT-Kennz.

Prod

BVB



Stellen-Nr.

Stellen-Nr.

X X

X X

Bemerkungen

## Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

FD-Nr.

Versicherungs-Nr.

Agentur-Nr.

BG

Anrede

Name, Vorname, Titel

- Herr  
 Frau  
 Divers,  
keine Anrede  
 Firma

Zustellvermerk/Namensergänzung

Straße, Hausnummer\*

Postleitzahl\*

Ort\*

Nationalität/  
Länder-Kennz.

Telefon (Vorwahl/Anschluss) privat\*

Telefon (Vorwahl/Anschluss) geschäftlich\*

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse für Vertragskorrespondenz\*\*

- Arbeitnehmer  leit. Angest.  Beamter  Selbstständiger seit \_\_\_\_\_  Hausfrau/-mann  Auszubildender

(Sie können die Nutzung der E-Mail-Adresse jederzeit kostenlos untersagen. E-Mail an [redaktion@ruv.de](mailto:redaktion@ruv.de) genügt.)

Mitarbeitende Genossenschaft/Verbundunternehmen

ausgeübter Beruf

externe Kundennummer

ja, genaue Bezeichnung

nein, Branche des Unternehmens

R+V-Kunde

ja  nein

best. R+V-Versicherungsvertrags-Nr. oder  KD-Nr.

Verbundener Kunde

GVV-Nr.

Mitglied Genossenschaft  ja  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 zu der zu versichernden Person bzw. den zu versichernden Personen. Der Versicherungsnehmer und die jeweils 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 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.



| Wie groß und wie schwer sind Sie?   | Person 1                    |                               | Person 2                    |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|   | cm                          | kg                            | cm                          | kg                            |
| <p><b>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?</b></p> <p>Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen helfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 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</li> <li>&gt; Psyche: Anzugeben sind auch angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen</li> <li>&gt; Gehirn oder Nervensystem: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen</li> <li>&gt; Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen: Anzugeben sind auch Empfehlungen den Konsum zu reduzieren und/oder zu unterlassen</li> <li>&gt; HIV-Infektion: Anzugeben sind auch ausstehende Testergebnisse, Kontrollen und/oder Verdachtsdiagnosen</li> </ul> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <p><b>2. Stationärfrage und Operationen (auch ambulante):</b></p> <p>a) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen stationären Aufenthalt oder erfolgte eine Operation (auch ambulant)?</p> <p>b) Ist ein stationärer Aufenthalt oder eine Operation (auch ambulante) in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?</p> <p>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, Frühgeburtlichkeit. 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.</p>  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <p><b>3. Ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:</b></p> <p>a) Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden?</p> <p>b) Ist dies in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?</p> <p>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.</p>  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <p><b>4. Besteht bzw. bestehen</b></p> <p>a) Allergien, Beschwerden, Krankheiten, organische oder körperliche Anomalien, Unfallfolgen und/oder haben Sie Körperimplantate und/oder Prothesen?</p> <p>Anzugeben sind die oben genannten Punkte auch dann, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind.</p> <p>b) eine Sterilität, Infertilität und/oder ein unerfüllter Kinderwunsch?</p> <p>Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.</p> <p>c) eine körperliche oder geistige Einschränkung, ein Grad der Behinderung, ein Grad der Schädigungsfolge, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Erwerbsminderung und/oder -unfähigkeit oder eine Berufsunfähigkeit?</p> <p>Anzugeben sind auch laufende oder abgelehnte Anträge, angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.</p>   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <p><b>5. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet?</b></p> <p>Anzugeben sind Medikamente und die dazugehörigen Diagnosen bzw. Beschwerden. Nicht anzugeben sind Impfungen und die Pille (Kontrazeptiva), sofern diese nur zur Verhütung verschrieben wurde.</p>  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <p><b>Sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfetarife) oder Tarif OT/OTB oder Tarif AGU beantragt wird:</b></p> <p><b>6. Zahnfragen</b></p> <p>a) Bestehen Beschwerden oder Krankheiten der Zähne, des Zahnfleisches oder des Kiefers bzw. befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung?</p> <p>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.</p> <p>b) Ist eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt oder angeraten? Bitte Heil- und Kostenplan beifügen.</p> <p>c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähne – die noch nicht ersetzt sind?</p> <p>Anzugeben sind auch nicht angelegte Zähne (außer Weisheitszähne).</p>   | 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?         |                               | wenn ja, wie viele?         |                               |



## Gesundheitsangaben

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>Person 1</b>   | <b>Person 2</b>   |
| <b>Sofern eine Pflegezusatzversicherung, nicht aber gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung beantragt wird:</b> |   |   |
| <b>7. Sind Sie werdendes Elternteil oder planen Sie in den nächsten 12 Monaten eine Adoption?</b>                          | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

**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 Entbindung, 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 angedacht 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?<br>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"/> |   |

Ergänzende Angaben zu den Risikofragen sind dem Originalantrag beigelegt. (Nur ankreuzen, wenn zutreffend)  
 Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? (Bitte Name und Anschrift angeben).  
 zu Person:

zu Person:

### 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

| Angaben zur privaten Krankenversicherung (PKV)/zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)  | Person 1   | Person 2   |
|--|--|--|
| Versicherungsschutz besteht/bestand?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              |
| Name PKV/GKV   |  |  |
| von – bis  |  |  |
| Freiwilliges oder versicherungspflichtiges Mitglied?   | Freiwillig <input type="checkbox"/> Pflichtig <input type="checkbox"/> | Freiwillig <input type="checkbox"/> Pflichtig <input type="checkbox"/> |
| Liegt das Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              |
| Krankengeld/Krankentagegeldanspruch besteht?   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              |
| Krankengeld in EUR   |  |  |
| Krankentagegeld in EUR   |  |  |
| Krankenhaustagegeld in EUR   |  |  |
| Wurde in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei einem Versicherer (auch R+V) abgelehnt oder mit Leistungsausschluss oder Beitragszuschlag angenommen?<br>Wenn ja, welcher Versicherer? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              |
| Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Kranken- oder Pflegeversicherung bei der R+V Krankenversicherung AG<br>Wenn ja, bitte Versicherungsnummer angeben:   | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>              |
| Bestehen für den Versicherungsnehmer bei der aktuellen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung Beitragsrückstände?  | 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.

## 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 Pflegepflichtversicherung 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 Pflegepflichtversicherung.)*
- > 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 Pflegepflichtversicherung 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 Pflegepflichtversicherung, 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 Rentenversicherungs- 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 Pflegepflichtversicherung

Die PPV besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherer und wird dort beibehalten; Nachweis folgt:

| Person 1  | Person 2  |
|---|---|
| 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"/> |

### Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung (s. S. 11 III. 2.) sind erfüllt. Das monatliche Gesamteinkommen (s. S. 11 III. 1.) des Kindes liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2026: 565 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nicht über der jeweils geltenden Geringfügigkeitsgrenze (2026: 603 EUR).

Folgender Elternteil ist privat pflegeversichert:

| Name  | pflegeversichert 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 | pflegeversichert bei | seit  |
|--------------------|----------------------|-------|
| _____              | _____                | _____ |

Das monatliche Gesamteinkommen (s. S. 11 III. 1.) eines Ehegatten\* liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2026: 565 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nicht über der jeweils geltenden Geringfügigkeitsgrenze (2026: 603 EUR). ja  nein

\* Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sind Ehegatten gleichgestellt.

## Angaben für die Datenübermittlung an Finanzbehörden

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die gezahlten Beiträge für die Durchführung der Einkommensteuerveranlagung jeweils nach Ablauf des Jahres an die Finanzbehörden zu übermitteln, § 10 Abs. 2b Einkommensteuergesetz (EStG).

Wir sind außerdem gesetzlich verpflichtet, spätestens zum 20. November jedes Jahres die im folgenden Jahr zu zahlenden Beiträge zum Lohnsteuerabzugsverfahren (ELStAM-Verfahren) an die Finanzbehörden mitzuteilen, § 39 Abs. 4a EStG. Ab 2026 akzeptieren Arbeitgeber im Lohnsteuerabzugsverfahren und bei der Berechnung des steuerfreien Arbeitgeberzuschusses zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nur noch die elektronisch übermittelten Beiträge.

Sie können dieser elektronischen Datenübermittlung ganz oder teilweise widersprechen. Wichtig zu wissen: Wenn Sie der Datenübermittlung widersprechen, werden für das ELStAM-Verfahren keine Daten an die Finanzbehörden weitergegeben. Dadurch kann es passieren, dass der Arbeitgeber keinen steuerfreien Zuschuss zahlt und keine Vorsorgeaufwendungen bei der Lohnabrechnung berücksichtigt werden.

Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Pflichten gegenüber den Finanzbehörden benötigen wir für den Versicherungsnehmer und jede betroffene versicherte Person die Steuer-Identifikationsnummer:

| Versicherungsnehmer (Name, Vorname)   | Geburtsdatum | Steuer-Identifikationsnummer |
|---------------------------------------|--------------|------------------------------|
| _____                                 | _____        | _____                        |
| 1. Versicherte Person (Name, Vorname) | Geburtsdatum | Steuer-Identifikationsnummer |
| _____                                 | _____        | _____                        |
| 2. Versicherte Person (Name, Vorname) | Geburtsdatum | Steuer-Identifikationsnummer |
| _____                                 | _____        | _____                        |

Haben Sie die Steuer-Identifikationsnummer nicht zur Hand oder hat sich bei der Mitteilung ein Fehler eingeschlichen, werden wir sie beim Bundeszentralamt für Steuern abfragen.

## Angaben zur Beschaffung einer Krankenversichertennummer

Die Krankenversichertennummer (KVNR) ist bei einer Versorgung mit verschiedenen Implantaten, z.B. einem künstlichen Knie-, Hüftgelenk oder einer Aortenklappe erforderlich. Fehlt sie, kann die dann zwingend notwendige Beantragung bzw. der Abruf durch uns einen notwendigen Operationstermin verzögern. Außerdem benötigen Sie die KVNR für die Nutzung von zukünftigen digitalen Gesundheitsdienstleistungen wie z. B. dem eRezept oder der elektronischen Patientenakte (ePA). Ihr Auftrag zur Beantragung bzw. dem Abruf der KVNR ist freiwillig.

Nur auszufüllen, bei Beantragung einer substitutiven Krankenvollversicherung:

Sollen wir für Sie die Krankenversichertennummer (KVNR) abfragen? ja  nein

| 1. Versicherte Person (Name, Vorname, ggfs. Geburtsname) | Geburtsort | Geburtsland |
|--|------------|-------------|
| _____  | _____      | _____       |

Mehrlingsgeburt (nur ankreuzen, falls zutreffend)  Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge).

| 2. Versicherte Person (Name, Vorname, ggfs. Geburtsname) | Geburtsort | Geburtsland |
|--|------------|-------------|
| _____  | _____      | _____       |

Mehrlingsgeburt (nur ankreuzen, falls zutreffend)  Ich habe Geschwister, die am gleichen Tag wie ich geboren sind (z. B. Zwillinge, Drillinge).



## 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 Seiten 10 ff. 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.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch, dass alle versicherten Personen, die nicht zu den „dauerhaft“ Angehörigen im Sinne des Versicherungsteuerrechts gehören (siehe Wesentliche Hinweise I. 3. auf S. 10), unwiderruflich berechtigt sind, die sie betreffenden Versicherungsleistungen in Empfang zu nehmen.

Diese versicherten Personen sind damit einverstanden, dass die R+V Krankenversicherung AG die sie betreffenden Versicherungsleistungen mit befreiender Wirkung an den Versicherungsnehmer zahlt, es sei denn, die jeweilige versicherte Person bestimmt in Textform einen anderen Empfänger. Außerdem sind diese versicherten Personen damit einverstanden, dass der Versicherungsnehmer die sie betreffenden Leistungsabrechnungen erhält.

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 Unterzeichnung des Antrags erhält der Antragsteller 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vor- und 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



## SEPA-Lastschriftmandat

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) lautet: DE1500800000136566. 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 die R+V Krankenversicherung AG, 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 \_\_\_\_\_

## Für Makleranträge mit eSignatur: Erklärung zur Übergabe der vorvertraglichen Informationen

**Wird der Antrag vom Antragsteller per eSignatur unterzeichnet, ist von ihm weder eine Empfangsbestätigung noch Verzichtserklärung zu unterzeichnen. Es sind dem Antragsteller immer die vorvertraglichen Informationen zu übergeben. Bitte dokumentieren Sie dies mit Ihrer folgenden Erklärung:**

Dem Antragsteller wurden die vorvertraglichen Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz sowie bei Anträgen mit Gesundheitsfragen auch der Antrag, vor Signierung in Textform zur Verfügung gestellt. Die Versicherungsbedingungen wurden

in der Version PKX \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ an den Kunden übermittelt.

Agenturnummer/Vermittlernummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

eSignatur oder Unterschrift/Firmenstempel Makler \_\_\_\_\_

## Empfangsbestätigung/Verzichtserklärung

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

Die Übergabe der Bedingungen erfolgte per:

- Bedingungsheft – Version PKX \_\_\_\_\_  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**

## I. Wesentliche Hinweise

### 1. Rechtlich selbstständige Verträge

Kranken- und Pflegepflichtversicherungsvertrag sind rechtlich selbstständige Verträge, die lediglich aus Verwaltungsgründen unter der selben 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. „Dauerhaft“ Angehörige im Sinne des Versicherungssteuerrechts

#### „Dauerhaft“ Angehörige sind

- > der Ehegatte oder Lebenspartner, auch nach der Scheidung,
- > Kinder (auch Adoptivkinder und auch nach Erlöschen der Adoption)

Weiterhin

- > sonstige Verwandte und Verschwägerter gerader Linie (z. B. Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßeltern, Urenkel und in gerader Linie mit dem Ehegatten oder Lebenspartner verwandte Personen, z. B. Schwiegereltern, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne und Stiefkinder), auch wenn die Ehe/Lebenspartnerschaft, die die Verwandtschaft begründet, nicht mehr besteht,
- > Geschwister einschließlich Halbgeschwister,
- > Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen),
- > Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister sowie Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner (Schwägerinnen und Schwäger), auch wenn die Ehe/Lebenspartnerschaft, die die Verwandtschaft begründet, nicht mehr besteht,
- > Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel),

Dies gilt auch dann, wenn die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist.

#### Nicht „dauerhaft“ Angehörige sind

- > der/die Verlobte,
- > Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft,
- > Pflegeeltern und Pflegekinder (auch des Ehegatten/Lebenspartners),
- > Stiefeltern

### 4. 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 Pflegepflichtversicherung wird zeitlich unbefristet abgeschlossen und endet bei Vorliegen der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen diesbezüglich festgelegten Voraussetzungen.

### 5. 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.

Damit der Vertrag zustande kommen kann, stellt der Versicherungsnehmer zunächst einen Antrag. Nach der gesetzlichen Regelung des § 147 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind Sie als künftiger Versicherungsnehmer an Ihren Antrag gebunden, bis unter regelmäßigen Umständen mit einer Antwort zu rechnen ist.

Können wir den Antrag annehmen, stellen wir den Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung aus. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder der Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag geschlossen.

Können wir den Antrag nicht inhaltsgleich annehmen, erhalten Sie entweder einen Versicherungsschein mit den kenntlich gemachten Abweichungen oder ein Angebot zum möglichen Versicherungsschutz zu geänderten Bedingungen. Schicken wir Ihnen einen Versicherungsschein mit Abweichungen, gelten die Abweichungen als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von einem Monat ab Zugang des Versicherungsscheins widersprechen. Bei einem Angebot kommt der Vertrag mit Ihrer Annahme unseres Angebots zustande.

Ihr Widerrufsrecht besteht davon unabhängig.

## 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 Pflegepflichtversicherung

### 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.

Voraussetzung ist weiter, dass das Kind nicht hauptberuflich selbständig ist und kein Gesamteinkommen (siehe Ziff. 1) hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (2026: 565 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung die jeweils geltende Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV (2026: 603 EUR) überschreitet.

Unter diesen Voraussetzungen besteht Anspruch für Beitragsfreiheit bei Kindern

- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraums über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstegesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

## 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 oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.**

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- > durch die R+V selbst (unter 1. und 2.),
- > im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 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 Risikoprüfung, die Leistungsbearbeitung oder 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, 65181 Wiesbaden angefordert oder unter [www.bdsg.ruv.de](http://www.bdsg.ruv.de) eingesehen 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 eigenes 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.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die R+V aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

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 Prämienzahlungen und 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.**

#### **3.5. Datenverarbeitung zur Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und Schweigepflichtentbindung für die Beantragung bzw. den Abruf Ihrer Krankenversichertennummer (KVNR) – soweit für Sie gewünscht.**

Die TI vernetzt alle Akteure des Gesundheitswesens und gewährleistet den sicheren Austausch von Informationen. Sie ist ein geschlossenes Netz, zu dem nur registrierte Nutzer (Personen oder Institutionen) Zugang erhalten. Die TI bietet Versicherten und Leistungserbringern verschiedene Anwendungen, z.B. die elektronische Patientenakte. Bei einigen Anwendungen entscheidet Ihr Versicherer, ob diese den Versicherten angeboten werden. Für Sie als privat versicherte Person ist die Nutzung dieser Anwendungen freiwillig. Die Hoheit über die Daten liegt bei den Anwendungen der TI allein bei Ihnen.

##### **3.5.1 Krankenversichertennummer (KVNR)**

Für den Zugang zur TI ist eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder eine kartenlose digitale Identität nach § 291 SGB V erforderlich. Die eGK sowie die digitale Identität dienen als Ihr persönlicher Schlüssel zu den Anwendungen in der TI. Um Ihnen eine digitale Identität und die daran gebundenen Anwendungen der TI bereitstellen zu können, benötigt Ihr Versicherer Ihre KVNR. Wenn Sie noch keine KVNR haben, lässt Ihr Versicherer diese für Sie erstellen. Die KVNR wird auch für privat Versicherte durch die gesetzlich vorgesehene Vertrauensstelle KVNR nach § 290 SGB V auf der Grundlage der Rentenversicherungsnummer (RVNR) individuell einmalig vergeben. Nähere Informationen über das Verfahren zur Bildung einer KVNR durch die Vertrauensstelle finden Sie unter <https://www.itsg.de/produkte/vst-krankenversichertennummer/>. Sollten Sie bereits über eine KVNR verfügen, ist diese zur Vermeidung von Doppelvergaben mit der Vertrauensstelle KVNR abzugleichen. Für die Vergabe der KVNR bzw. den Abgleich ist es erforderlich, dass Ihr Versicherer der Vertrauensstelle das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und die RVNR übermittelt. Für den Fall, dass eine RVNR noch nicht vergeben bzw. mitgeteilt wurde, lässt Ihr Versicherer diese durch die Deutsche Rentenversicherung für Sie bilden bzw. ruft diese bei der Deutschen Rentenversicherung ab. Hierzu ist es erforderlich, dass Ihr Versicherer der Deutschen Rentenversicherung das Bestehen des Versicherungsverhältnisses mitteilt und folgende personenbezogene Daten an die Deutsche Rentenversicherung übermittelt: Familienname, ggfs. Geburtsname, Vorname, ggfs. Titel, Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsort, Geburtsland, ggfs. Staatsangehörigkeit, Wohnort, Straße, Hausnummer, ggfs. Kennzeichen für Mehrlingsgeburt, ggf. Rentenversicherungsnummer.

**Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Rentenversicherungsnummer, ein, soweit dies für die Vergabe bzw. den Abgleich der Krankenversichertennummer erforderlich ist und entbinde die für meinen Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Vertrauensstelle Krankenversichertennummer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Ich willige ferner in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, soweit dies für die Vergabe oder den Abruf der Rentenversicherungsnummer durch die Deutsche Rentenversicherung erforderlich ist und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen sowie die bei der Deutschen Rentenversicherung tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

##### **3.5.2 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit**

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die digitale Identität sowie die Anwendungen der TI nicht, nicht mehr oder nur eingeschränkt genutzt werden können. Geht uns ein Widerruf zu und ist die RVNR noch nicht beantragt und übermittelt worden, kann die KVNR nicht beantragt werden. Ist die KVNR noch nicht erzeugt, führt ein Widerruf – soweit noch möglich – zum Abbruch des Verfahrens. Wurde die KVNR bereits erzeugt, wird sie zur Erfüllung der Verpflichtung zum KVNR-Clearing nach den Vorgaben der Richtlinie nach § 290 Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie für Verpflichtungen nach dem Implantateregistergesetz (IRegG) verwendet.

#### **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 vor Vertragsabschluss im Rahmen der Risikobeurteilung und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung, z. B. Prüfung von Anträgen auf Vertragsänderung oder bei Beitragsrückständen, insbesondere zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit, der Erbringlichkeit von Forderungen und Minderung des Ausfallrisikos Informationen zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden beziehen und nutzen kann.**
- 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

R+V Versicherung AG

R+V Allgemeine Versicherung AG

R+V Lebensversicherung AG

R+V Service Center GmbH

UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH

COMPIN GmbH

PAV Card GmbH

DG Nexolution eG

Rhenus Office Systems GmbH

informa Solutions GmbH part of Experian Ltd.

ACTINEO GmbH

Malteser Hilfsdienst gGmbH

Compass Private Pflegeberatung GmbH

### Kategorien von Stellen

Gutachter und Sachverständige  
(Ärzte, Psychologen, Psychiater, Heilpraktiker etc.)

Dienstleister zur Leistungsunterstützung

Dienstleister zur Unterstützung der Antragsbearbeitung

Kostenmanagementdienstleister

Dienstleister für IT-Support

Entsorgungsunternehmen, Aktenarchivare

### Übertragene Aufgaben

Interne Revision;  
Zentrales Rechtswesen und Compliance;  
Gesellschaftsübergreifendes Gesamtrisikomanagement und Controlling;  
Betreuung in Bezug auf Rechnungswesen und Steuern;  
Gesellschaftsübergreifende Unternehmensentwicklung;  
Datenschutz

EDV (Systembetrieb, -entwicklung, Konzeption u. Steuerung);  
Versicherungsvermittlung;  
Kundenmanagement und Marketing, Vertriebskoordination, -unterstützung und -verwaltung;  
Posteingangsverteilung;  
Verwaltungsdienste;  
Konzernsicherheit

Versicherungsvermittlung;  
Außendienstbetreuung;  
Antragsbearbeitung;  
Risikoprüfung;  
Beschwerdemanagement;  
Rechnungswesen;  
Rückversicherungsbetreuung;  
Versicherungsmathematik und Statistik;  
Datenverarbeitungs-Koordination;  
Bearbeitung von Rechtsangelegenheiten

Telefonischer Kundenservice;  
Assistance-Leistungen;  
Antrags- und Bestandsbearbeitung, Leistungsbearbeitung

Forderungsmanagement;  
Dienstleistungen im Rahmen des Adressmanagements

Leistungsbearbeitung

Erstellen von Versicherungskarten, Unterstützung bei Beschaffung und Abgleich der KVNR

Controlling von vertriebsunterstützenden Maßnahmen

Aktenlagerung und -vernichtung

Wirtschaftsauskünfte

Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung

Assistanceleistungen

Beratung in der Pflegepflichtversicherung

### Übertragene Aufgaben

Erstellung von Gutachten; Beratungsleistungen zu Behandlungs-, Transportmöglichkeiten etc.

Unterstützung bei Leistungsbearbeitung

Unterstützung bei der Antragsbearbeitung

Maßnahmen zur Kostensenkung

IT-Support (Pflege, Wartung)

Entsorgung von Dokumenten und Speichermedien

