

# **Gesundheitserklärung**

## **Betriebliche Krankenversicherung nach PROFIL-Tarifen mit der Endung F**

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

Stand 01.01.2026

Stufe I

Stufe II bzw. III

Vertragspartner dieses Gruppenversicherungsvertrags, Versicherungsnehmer und Beitragsschuldner für die Versicherungsverhältnisse der nach diesem Gruppenversicherungsvertrag versicherten Personen ist der nachfolgend genannte Arbeitgeber.

**Angaben der zu versichernden Person**

FD-Nr.	Versicherungs-Nr.	Agentur-Nr.	BG	Nationalität/Länder-Kennz.
Name, Vorname, Titel				Telefon*
Straße, Hausnummer**				Geburtsdatum
Postleitzahl**	Ort**			
Arbeitgeber				

\* Freiwillige Angabe. \*\* Erstwohnsitz laut Melderegister.

**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 Mitarbeiter/die Mitarbeiterin 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.**

**Angaben zum beantragten Versicherungsbeginn und -umfang mit notwendigen Gesundheitsfragen**

Beantragter Versicherungsschutz mit Versicherungsbeginn: 01. gemäß eingereicherter Meldeliste.

Bitte den/die zu versichernden Tarif/e ankreuzen:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Klinik comfort PROFIL | <input type="checkbox"/> Klinik comfort plus PROFIL | <input type="checkbox"/> Krankentagegeld PROFIL* | <input type="checkbox"/> Kostenerstattung PROFIL |
| <input type="checkbox"/> Klinik premium PROFIL | <input type="checkbox"/> Klinik premium plus PROFIL | <input type="checkbox"/> 10 EUR Tagessatz        |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 15 EUR Tagessatz        |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 20 EUR Tagessatz        |  |

\* Bitte Nr. II. 3, Seite 5 beachten.



## 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.

**Bei Beantragung der Tarife (genaue Bezeichnung siehe Abschnitt Versicherungsumfang):**

Klinik comfort PROFIL, Klinik premium PROFIL, Klinik comfort plus PROFIL, Klinik premium plus PROFIL, Kostenerstattung PROFIL sind dennoch die Gesundheitsangaben notwendig.

Sofern ausschließlich Krankentagegeld PROFIL beantragt wird, müssen nur Körpergröße und Gewicht angegeben sowie die Gesundheitsfragen 3 und 4a beantwortet werden.

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

**Wie groß und wie schwer sind Sie?**

\_\_\_\_\_ cm                  \_\_\_\_\_ kg

**1. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder wurde dies empfohlen? Wegen Krebs- bzw. Tumorerkrankungen, der Psyche, des Gehirns oder Nervensystems, Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, einer HIV-Infektion?**

ja                   nein

Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen helfen:

- > Krebs- bzw. Tumorerkrankungen: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren
- > Psyche: Anzugeben sind auch angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen
- > Gehirn oder Nervensystem: Anzugeben sind auch Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen
- > Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen: Anzugeben sind auch Empfehlungen den Konsum zu reduzieren und/oder zu unterlassen
- > HIV-Infektion: Anzugeben sind auch ausstehende Testergebnisse, Kontrollen und/oder Verdachtsdiagnosen

**2. Stationärfrage und Operationen (auch ambulante):**

a) Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen stationären Aufenthalt oder erfolgte eine Operation (auch ambulant)?

ja                   nein

b) Ist ein stationärer Aufenthalt oder eine Operation (auch ambulante) in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

ja                   nein

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.

**3. Ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen:**

a) Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden?

ja                   nein

b) Ist dies in den nächsten 12 Monaten vorgesehen oder empfohlen?

ja                   nein

Die folgenden Informationen sollen Ihnen beim Ausfüllen der Fragen 3a und 3b helfen: Anzugeben sind (auch angeratene) Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nichtanzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund sind/waren.

**4. Besteht bzw. bestehen**

a) Allergien, Beschwerden, Krankheiten, organische oder körperliche Anomalien, Unfallfolgen und/oder haben Sie Körperimplantate und/oder Prothesen?

ja                   nein

Anzugeben sind die oben genannten Punkte auch dann, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind.

b) eine Sterilität, Infertilität und/oder ein unerfüllter Kinderwunsch?

ja                   nein

Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.

c) eine körperliche oder geistige Einschränkung, ein Grad der Behinderung, ein Grad der Schädigungsfolge, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Erwerbsminderung und/oder -unfähigkeit oder eine Berufsunfähigkeit?

ja                   nein

Anzugeben sind auch laufende oder abgelehnte Anträge, angeratene Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen.

**5. Wurden in den letzten 12 Monaten von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet?**

ja                   nein

Anzugeben sind Medikamente und die dazugehörigen Diagnosen bzw. Beschwerden. Nicht anzugeben sind Impfungen und die Pille (Kontrazeptiva), sofern diese nur zur Verhütung verschrieben wurde.



**Sofern Tarif Kostenerstattung PROFIL beantragt wird:**

**6. Zahnfragen**

- a) Bestehen Beschwerden oder Krankheiten der Zähne, des Zahnfleisches oder des Kiefers bzw. befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? ja  nein   
 Anzugeben sind auch Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Kontrolluntersuchungen, Nachsorgeuntersuchungen und/oder Verdachtsdiagnosen. Nicht anzugeben sind Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich empfohlenen Programmen, die ohne medizinischen Anlass/Verdacht und ohne Befund waren.
- b) Ist eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung beabsichtigt oder angeraten? ja  nein   
 Bitte Heil- und Kostenplan beifügen.
- c) Fehlen Zähne – außer Weisheitszähne – die noch nicht ersetzt sind? ja  nein   
 Anzugeben sind auch nicht angelegte Zähne (außer Weisheitszähne). wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Leistungen im Zusammenhang mit einer bestehenden, bekannten Schwangerschaft, einschließlich Entbindung, Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

**Hinweis zu Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie:**

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

**Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen**

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

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).

**Unterschriften/Einwilligungserklärungen**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Seite 5 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 z. B. zur Weitergabe von Daten an den Arbeitgeber bei Sammelinkassoverträgen sowie nach dem Bundesdatenschutzgesetz 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.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber anhand des Beitrags einen etwaigen Beitragszuschlag erkennen kann.

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) der zu versichernden Person und/oder gesetzliche Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers



## 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 PROFIL-Tarif für die Dauer von einem 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.

### 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.

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.

### 2. Tarif TA06VF

Aus Tarif TA06VF erhalten Sie Leistungen nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. Sie können diesen Tarif nur vereinbaren, wenn Sie eine Entgeltfortzahlung von nicht mehr als 6 Wochen erhalten.

### 3. Mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag bestätige ich, dass der beantragte Krankentagegeldsatz gemeinsam mit anderen Krankentagegeldern und Krankengeldern das nach nachfolgenden Maßgaben berechnete versicherbare Einkommen nicht übersteigt.

Versicherbar sind: 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 aber keine variablen Bonifikationen), regelmäßige Zulagen (z. B. Schichtzulagen, Nachtarbeitszuschläge jedoch keine Mehrarbeitsvergütungen).

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

## 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.

**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.bdsgruv.de](http://www.bdsgruv.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.**

#### **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.**

#### **Zusätzliche Einwilligung im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen mit Sammelinkasso**

Grundsätzlich gibt die R+V keine nach § 203 StGB geschützten Daten an Ihren Arbeitgeber weiter. Sofern Ihre Versicherung allerdings im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages besteht, den Ihr Arbeitgeber mit der R+V geschlossen hat und in dem die Beitragszahlung im Sammelinkassoverfahren vereinbart ist, benötigt er Informationen, die zur Durchführung des Verfahrens erforderlich sind.

**Ich willige ein, dass die R+V an meinen Arbeitgeber in dem oben genannten Fall meine Versicherungsnummer, Name und Vorname, Beginn- datum der Versicherung und die Höhe des monatlichen Beitrags übermittelt und diese Daten dort erhoben und gespeichert werden dürfen.**

#### **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