

R+V Krankenversicherung AG
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden

Erklärung zum PDF- und Faxantrag im Maklergeschäft

1. Sie erhalten den ausgefüllten Antrag inkl. Deckblatt und Anlage(n) bestehend aus _____ Seiten.
2. Ich bestätige, dass der beigelegte Antrag mit der Antragskopie des Kunden übereinstimmt und
3. dass der Kunde über den Inhalt der Antragsrückseiten, die u. a. die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz enthält, informiert worden ist.
4. Bei Verträgen mit Gesundheitsprüfung ist der Versicherte über die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie über die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht informiert worden.

Agenturnummer/Vermittlernummer

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel Makler

Gilt bei Übermittlung per Fax:

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

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



ANTRAG

Krankenversicherung und Pflege-Pflichtversicherung

R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Bundesrepublik Deutschland

Stand 01.01.2017



Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

Interne statistische Daten

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

Angaben des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Bei ist Zutreffendes anzukreuzen. Zutreffende Ziffern/Buchstaben bitte in die entsprechenden Datenfelder eintragen.

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

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

Ich bin ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland steuerpflichtig. Kann diese Bestätigung nicht abgegeben werden, ist dieser Passus zu streichen.

* Erstwohnsitz laut Melderegister. Diese Angabe benötigen wir für die Bonitätsprüfung. Bei falscher Angabe behalten wir uns die Anfechtung des Vertrags vor. ** Diese Angaben sind freiwillig.

Hinweis auf die Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bestandteil des Antrags sind einige Fragen an die zu versichernde Person. Versicherungsnehmer und zu versichernde Person sind für die korrekte Beantwortung verantwortlich. Die Antworten sind Grundlage für die weitere Bearbeitung des Antrags und werden Bestandteil des Versicherungsvertrags.

Wichtig für uns ist die Angabe aller Ihnen bekannten Gefahrumstände, die unsere Entscheidung beeinflussen können, den Vertrag mit dem gewünschten Inhalt abzuschließen. 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 Versicherungsgesetz (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 Versicherungsfalles zurück, sind wir zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles, noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, besteht keine Leistungspflicht.

Bei arglistiger Täuschung über einen anzeigepflichtigen Umstand können wir den Versicherungsvertrag auch anfechten.

Sämtliche oben genannten Rechte können wir nicht geltend machen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit Ihrer Anzeige kannten. Die Beiträge stehen uns zu bis zur Wirksamkeit unserer Rücktritts-, Anfechtungs- oder Kündigungserklärung.

Bevor Sie unterschreiben, kontrollieren Sie bitte nochmals, ob alle Fragen vollständig und korrekt beantwortet sind, insbesondere wenn Ihnen eine andere Person beim Ausfüllen des Antrags geholfen hat.

Angaben zu den zu versichernden Personen / Versicherungsumfang

Ich beantrage mit Versicherungsbeginn/Änderungsbeginn den Abschluss/die Änderung eines Kranken(KV)/Pflege-Pflichtversicherungsvertrags (PPV) für die nachstehend aufgeführten Personen nach den jeweils bezeichneten Tarifen. Versicherungsdauer/-jahr siehe Rückseite I. 3.

	Person 1	Person 2	Person 3
Vorname, ggf. abweichender Zuname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum und Geschlecht	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit/Branche und Berufsstatus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beihilfesätze ambulant/stationär Bund/Bundesland?	amb. _____% stat. _____%	amb. _____% stat. _____%	amb. _____% stat. _____%
Erstmaliger Beginn einer ununterbroch. privaten PPV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abweichender Geburtsname (nur für Tarif PKB)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsort (nur für Tarif PKB)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

***ZUS = 10 % Zuschlag gemäß GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, siehe Rückseite II.

Zulage = Der Tarifbeitrag für Tarif PKB verringert sich um 5 EUR staatliche Zulage monatlich

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mein beantragtes Krankentagegeld zusammen mit schon versicherten Krankentagegeldern/Krankengeld nicht die auf den Tag umgerechneten Nettoeinkünfte aus beruflicher Tätigkeit übersteigt. (bis max. 15,- EUR/Tag zusätzlich absicherbar)

	Person 1	Person 2	Person 3
Tarife Stufe, Tagessatz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tarifbeitrag inkl. ZUS und Zulage***	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beitragszuschlag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beitrag Person 1	<input type="text"/>	Beitrag Person 2	<input type="text"/>
Gesamtmonatsbeitrag in Euro			

Wichtige Angaben zu Tarif PKB

Für alle nach Tarif PKB zu versichernden Personen trifft folgendes zu:

- Es besteht eine soziale Pflegeversicherung oder private Pflege-Pflichtversicherung.
- Es werden weder derzeit noch wurden in der Vergangenheit jemals Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung (gesetzliche Pflegeversicherung) bezogen.
- Es besteht bei keinem anderen Versicherer ein Versicherungsvertrag über staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung und es wurde bisher ein solcher noch nicht beantragt.
- Ich und jede gegebenenfalls zu versichernde Person verpflichtet sich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der gesetzlichen Pflegeversicherung der R+v Krankenversicherung AG mitzuteilen.

Bitte beachten Sie:

Erhält die versicherte Person für die Zeit vor Abschluss des Tarifs PKB rückwirkend Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung, muss für Sie der Vertrag aufgehoben werden.

Vollmacht zur Beantragung einer Pflegevorsorgezulage für Tarif PKB

Mit Abschluss dieses Vertrags bevollmächtigt 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 Deutschen Rentenversicherung Bund entgegenzunehmen und die Pflegevorsorgezulage dem Beitragskonto gutschreiben. Ich willige ein, dass die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der zentralen Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund übermittelt werden.

Sofern eine Sozialversicherungs- bzw. Zulagennummer nicht eingetragen wird, noch nicht besteht oder die mitgeteilte Nummer bei der zentralen Stelle nicht bekannt ist, umfasst die vorstehende Vollmacht zudem die Einwilligung der versicherten Person in die Abfrage oder Vergabe dieser Nummer bei der vorgenannten zentralen Stelle.

Gesundheitsangaben

Wir machen einen Vertragsschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen (prädiktive Gentests, die zur Ermittlung von Veranlagungen für Krankheiten dienen) oder der Überlassung entsprechender Daten abhängig. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. **Sie müssen uns jedoch, ungeachtet der angewandten Untersuchungsmethode, bereits bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Allergien, Unfallfolgen und Fehlbildungen mitteilen.**

Bitte beachten Sie, dass die Gesundheitsfragen nicht für die Tarife R+v-Pflege FörderBahr (PKB), Klinik classic (K3/K3U), Blick + Check (BC1-BC3/BC1U-BC3U), Zahn (Z1-Z3/Z1U-Z3U), sowie Tarife mit der Zusatzbezeichnung plus (P1-P3/P1U-P3U) und Zahnvorsorge (ZV) beantwortet werden müssen. Sofern ausschließlich Krankentagegeld (TE06/10 EUR oder TE06/15 EUR) beantragt wird, müssen nur die Erklärung zu Angaben gegenüber dem Vorstand und zu Körpergröße und Gewicht abgegeben sowie die Gesundheitsfragen 5 und 8 beantwortet werden.

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

	Person 1	Person 2	Person 3
Weitere Angaben werde ich innerhalb einer Woche schriftlich dem Vorstand der R+v Krankenversicherung AG übersenden.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bitte geben Sie Körpergröße und Gewicht an:	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
1. Haben in den letzten 10 Jahren stationäre Aufenthalte in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Heilstätte/Kuranstalt stattgefunden oder sind solche beabsichtigt oder angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2. Wurden in den letzten 10 Jahren Operationen (auch ambulante) durchgeführt oder sind solche beabsichtigt oder angeraten?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Haben in den letzten 10 Jahren ambulante psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen stattgefunden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Haben in den letzten 10 Jahren Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen wegen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit stattgefunden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5. Sind Sie in den letzten 3 Jahren beraten, untersucht oder behandelt worden und/oder bestanden bzw. bestehen Beschwerden, Krankheiten, Allergien, Unfallfolgen, Fehlbildungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
6. Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 2 Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig bzw. besteht zurzeit eine Arbeitsunfähigkeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Besteht eine Fruchtbarkeitsstörung oder Sterilität?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Sind ambulante Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen beabsichtigt oder angeraten? (Zahn- oder kieferorthopädische Behandlungen ggf. bitte unter Frage 12 beantworten).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Werden von Ihnen wiederholt oder regelmäßig Medikamente eingenommen oder angewendet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine Wehrdienstbeschädigung, ein Versorgungsleiden oder eine sonstige Beeinträchtigung der körperlichen bzw. geistigen Leistungsfähigkeit vor? (Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis – Anerkennungs- oder Versorgungsbescheid – beifügen).	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
11. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sofern eine Krankheitskostenvoll-, Krankheitskostenbeihilfeversicherung oder Tarif OT/OTB oder Tarif AGU beantragt wird:			
12. Befinden Sie sich in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? Sofern vorhanden, bitte Heil- und Kostenplan bzw. Behandlungsplan beifügen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Für Personen ab 16 Jahren: Wie viele Zähne – außer Weisheitszähne – fehlen und sind noch nicht ersetzt?	<input type="text"/> Anzahl	<input type="text"/> Anzahl	<input type="text"/> Anzahl

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 Komplikationen, Früh-, Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und jeweiliger Folgen.

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

Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Gesundheitsfragen

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

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

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

zu Pers.:	
zu Pers.:	
zu Pers.:	

Wartezeiten

Es gelten die bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Übertritt von GKV/PKV Person 1 2 3 Nachweis folgt liegt bei

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

Ärztliche Untersuchung Person 1 2 3

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 gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)					
Person	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name Krankenkasse	von – bis	Krankengeldanspruch besteht?	Krankengeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
3	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.

Angaben zur privaten Krankenversicherung (PKV)							
Person	Versicherungsschutz besteht/bestand?	Name PKV-Unternehmen	von – bis	Krankentagegeldanspruch besteht?	Krankentagegeld in Euro	Krankenhaus-tagegeld in Euro	Pflegetagegeld in Euro
1	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
2	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
3	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

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

Wenn ja, Person Nr., welcher Versicherer? _____

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

Versicherungs-Nr. _____

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

Angaben zur Pflege-Pflichtversicherung

Die PPV besteht bei einem anderen privaten Krankenversicherer und wird dort beibehalten; Nachweis folgt: Person 1 ja nein Person 2 ja nein Person 3 ja nein

Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern:

Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung (s. Rückseite III. 2.) sind erfüllt. Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite III. 1.) des Kindes liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2017: 425 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 450 EUR (2017).

Folgender Elternteil ist privat pflegeversichert:

Name _____ pflegevers. bei: _____ seit: _____

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

Name des Ehegatten: _____ pflegevers. bei: _____ seit: _____

Das monatliche Gesamteinkommen (s. Rückseite III. 1.) eines Ehegatten* liegt nicht regelmäßig über einem Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2017: 425 EUR) bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach §§ 8 Abs. 1, 8 a SGB IV nicht über 450 EUR (2017). ja nein

* Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sind Ehegatten gleichgestellt

Datenübermittlung an Finanzbehörden

Einwilligung zur Datenübermittlung an Finanzbehörden nach § 10 Abs. 2a EStG und Einwilligung in die Anforderung der Steuer-Identifikationsnummer (gilt nur für beantragte Krankheitskostenvoll- und Pflege-Pflichtversicherungen)

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steuer-Identifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der R+V Krankenversicherung AG den Finanzbehörden übermittelt werden. Soweit eine Steuer-Identifikationsnummer nicht angegeben ist, ermächtigen der Versicherungsnehmer und die mitversicherten Personen die R+V Krankenversicherung AG diese beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anzufordern. Mir ist bewusst dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflege-Pflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von dem Recht Gebrauch mache, die Einwilligung zu widerrufen.

Hinweis: Die Steuer-Identifikationsnummer (IdNr.) wird vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) vergeben. Ist sie nicht verfügbar oder wurde sie noch nicht versandt, kann sie - auch für Kinder - beim BZSt schriftlich oder per E-Mail angefordert werden. Für die Mitteilung der IdNr. benötigt das BZSt Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum und Geburtsort der versicherten Person. Adresse: BZSt, 53221 Bonn, E-Mail: info@identifikationsmerkmal.de

Bitte beachten Sie: Wird die Einwilligung in die Übermittlung von Ihnen nicht erteilt, werden die Beiträge zur privaten Krankheitskostenvoll- und Pflege-Pflichtversicherung in der Einkommenssteuerveranlagung insoweit nicht berücksichtigt. Es gelten in der Einkommenssteuerveranlagung dann auch für die Krankheitskostenvoll- und Pflege-Pflichtversicherung die Vorsorgehöchstbeträge (1900 EUR für Angestellte und Beamte bzw. 2800 EUR für Selbstständige).

Die Einwilligung kann auch nach Ablauf eines Beitragsjahres noch bis zum Ende des 2. Kalenderjahres des auf das Beitragsjahr folgenden Jahres erteilt werden. Der Versicherer übermittelt dann nachträglich die abzugsfähigen Beiträge. Eine evtl. bereits erfolgte Einkommenssteuerveranlagung wird dann vom Finanzamt ohne weiteren Antrag wieder eröffnet und ein neuer Steuerbescheid erstellt.

Versicherungsnehmer (Name, Vorname) _____	Geburtsdatum _____ _____ _____ _____ _____ _____	Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht <input type="checkbox"/>	Steuer-Identifikationsnummer _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	keine Einwilligung <input type="checkbox"/>
1. Versicherte Person (Name, Vorname) _____	Geburtsdatum _____ _____ _____ _____ _____ _____	Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht <input type="checkbox"/>	Steuer-Identifikationsnummer _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
2. Versicherte Person (Name, Vorname) _____	Geburtsdatum _____ _____ _____ _____ _____ _____	Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht <input type="checkbox"/>	Steuer-Identifikationsnummer _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
3. Versicherte Person (Name, Vorname) _____	Geburtsdatum _____ _____ _____ _____ _____ _____	Steuer-Ident.Nr. wird nachgereicht <input type="checkbox"/>	Steuer-Identifikationsnummer _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

I. Wesentliche Hinweise

1. Rechtlich selbstständige Verträge

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

2. Aufgabe einer bestehenden Versicherung

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

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

3. Versicherungsdauer/-jahr

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

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

4. Zustandekommen der Verträge

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

II. Versicherungsbedingungen

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

Erläuterung:

ZUS: Nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 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.

III. Private Pflege-Pflichtversicherung

1. Gesamteinkommen

Als Gesamteinkommen gilt die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 1 EStG). Darunter fallen Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbstständiger und nicht selbstständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt. Bei Kindern bleibt das Einkommen aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des 2. Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, außer Betracht.

2. Voraussetzungen für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern

Kinder sind beitragsfrei versichert, wenn mindestens ein Elternteil privat pflegepflichtversichert ist und die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Das Kind ist nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, nicht von der dortigen Versicherungspflicht befreit und hat dort keinen Anspruch auf Familienversicherung.

Es ist nicht hauptberuflich selbstständig und hat kein Gesamteinkommen (s. Nr. 1), das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet - das sind 425 EUR im Jahr 2017 - bzw. bei geringfügiger Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV kein Gesamteinkommen über 450 EUR (2017).

IV. Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und Schweigepflichtentbindung

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um die Gesundheitsdaten für die- sen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die R+V Krankenversicherung AG (im folgenden R+V), Ihre datenschutz- rechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei Schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen.

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der R+V unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die R+V selbst (unter 1. und 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der R+V (unter 2. und 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt - unter 4.

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die R+V

Ich willige ein, dass die R+V die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, 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 verwendet.

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 verwendet und die Ergebnisse an die R+V zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die R+V tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

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

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

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Zur Abrechnung von Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. 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 verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die R+V tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an Ihren selbstständigen Vermittler

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

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

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

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

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

4. Speicherung und Verwendung 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 speichert und nutzt.

Weitere Einwilligungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz

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. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.
3. Ich kann der Verarbeitung oder Nutzung 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.
5. Ich willige ein, dass der Versicherer zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden beziehen und benutzen kann. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Anlage zu Ziffer 3.2 der Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und Schweigepflichtentbindung

Stellen	Übertragene Aufgaben
R+V Versicherung AG	Interne Revision; Zentrales Rechtswesen und Compliance; Gesellschaftsübergreifendes Gesamtrisikomanagement und Controlling; Betreuung in Bezug auf Rechnungswesen und Steuern
R+V Allgemeine Versicherung AG	EDV (Systembetrieb, -entwicklung, Konzeption u. Steuerung); Versicherungsvermittlung; (Telefon-)Marketing, Vertriebskoordination, -unterstützung und -verwaltung; Posteingangsverteilung; Datenschutz und Konzernsicherheit
R+V Lebensversicherung AG	Versicherungsvermittlung; Außendienstbetreuung; Antragsbearbeitung; Risikoprüfung; Beschwerdemanagement; Rechnungswesen; Rückversicherungsbetreuung
R+V Service Center GmbH	Telefonischer Kundenservice; Assistance-Leistungen
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH	Forderungsmanagement
PAV Card GmbH	Erstellen von Versichertenkarten
interServ GmbH	Unterstützung bei der Leistungsbearbeitung
Innovas GmbH	Dienstleister für Krankenhausbehandlungsdaten
DG Verlag eG	Controlling von vertriebsunterstützenden Maßnahmen
Rhenus Office Systems GmbH	Aktenlagerung und -vernichtung
infoscore Consumer Data	Wirtschaftsauskünfte
Roland Gesundheits-Assistance	Medizinisches Servicetelefon
Compass Private Pflegeberatung GmbH	Beratung in der Pflegepflichtversicherung
Medica Technik GmbH	Hilfsmittelversorgung in der Pflegepflichtversicherung
Kategorien von Stellen	Übertragene Aufgaben
Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater, Heilpraktiker, etc.)	Erstellung von Gutachten; Beratungsleistungen zu Behandlungs-, Transportmöglichkeiten, etc.
Dienstleister zur Leistungsunterstützung	Unterstützung bei Leistungsbearbeitung
Kostenmanagementdienstleister	Maßnahmen zur Kostensenkung
Dienstleister für IT-Support	IT-Support (Pflege, Wartung)
Entsorgungsunternehmen, Aktenarchivare	Entsorgung von Dokumenten und Speichermedien