

# Risikovorfrage

## Private Krankenversicherung

„Bitte anonym bearbeiten!“

Bei anonymen Anfragen benötigen wir nur die Seiten 1 bis 4, sowie KEINE Kundenunterschrift! Bitte geben Sie uns **IMMER** die Kundennummer oder den Namen des Kunden an, damit wir den Vorgang bei uns zuordnen können – die Versicherer erhalten **KEINEN** Kundennamen etc.!



Vermittler	Versicherungswunsch												
<input type="text" value="Nachname/Vorname"/> <input type="text" value="Vermittlernummer"/> <input type="text" value="E-Mail Adresse"/> <input type="text" value="Telefonnummer"/>	<input type="text" value="Versicherungsbeginn"/> <b>Selbstbeteiligung pro Jahr</b> <input type="checkbox"/> 0 Euro <input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 600 Euro <input type="checkbox"/> 1200 Euro <input type="checkbox"/> Höchstmögliche SB <b>Stationäre Wahlleistungen</b> <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer mit Stationsarzt <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt												
Kundendaten	Weitere Tarifleistung												
<input type="text" value="Nachname/Vorname"/> <input type="text" value="Kundennummer"/> <input type="text" value="Geburtsdatum"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <b>Staatsangehörigkeit</b> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere    In Deutschland seit: <input type="text"/> <b>Berufliche Tätigkeit</b> <input type="text"/> <b>Tätigkeitsstatus</b> <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Bund    Beihilfesatz: <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Beamter    Beihilfeland: <input type="text"/> <b>Vorversicherung</b> <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert Wo: <input type="text"/> Beitrag: <input type="text"/> Euro	<b>Zahnersatz mind.</b> <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 90% <b>Hausarztprinzip (Primärarztprinzip) gewünscht?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Leistungen über die Höchstsätze der GOÄ/GOZ (3,5 facher Satz)</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <b>Krankentagegeld</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Euro</td> <td>ab dem</td> <td>Tag</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Euro</td> <td>ab dem</td> <td>Tag</td> </tr> </table> <b>Krankenhaustagegeld</b> <b>Kurtagegeld</b> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Euro</td> <td><input type="text"/></td> <td>Euro</td> </tr> </table> <b>Beitragsentlastung im Rentenalter</b> <input type="text"/> Euro pro Monat <input type="text" value="Besondere Wünsche"/>	<input type="text"/>	Euro	ab dem	Tag	<input type="text"/>	Euro	ab dem	Tag	<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Euro
<input type="text"/>	Euro	ab dem	Tag										
<input type="text"/>	Euro	ab dem	Tag										
<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Euro										

Wunschgesellschaft (inkl. Tarife)		
Gesellschaft	Tarife	Bemerkungen

# Risikovorfrage

## Private Krankenversicherung

### Gesundheitsfragen

1. Körpergröße und Gewicht

2. Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen zur Zeit Krankheiten, chronische Leiden, Beschwerden, Unfallfolgen, Körperimplantate, Prothesen, Störungen organischer, körperlicher oder geistiger Art (auch wenn sie nicht behandelt wurden) oder Pflegebedürftigkeit?

3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Untersuchungen, Operationen, medizinische Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen oder Behandlungen von Ärzten, oder anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen statt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt? (bei R+V die letzten 10 Jahre; bei Allianz, DKV und SIGNAL für ambulante Operationen die letzten 5 Jahre).

4. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Untersuchungen, Operationen, Behandlungen oder Kurmaßnahmen in einem Krankenhaus, Lazarett, Sanatorium oder einer Heilanstalt statt oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? (bei Hallesche bis Eintrittsalter 32 nur 5 Jahre (sonst 10 Jahre); bei AXA Active Me die letzten 6 Jahre (AXA sonst 5 Jahre); bei ottonova, R+V und Württembergische die letzten 10 Jahre).

5. Fanden in den letzten 5 Jahren psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen, Untersuchungen, Beratungen (bei Gothaer: aufgrund einer Erkrankung; bei SIGNAL einschl. probatorischer Sitzungen) statt oder sind solche (einschließlich Suchtbehandlungen) angeraten oder durchgeführt worden, bzw. sind solche beabsichtigt? (bei Allianz, AXA, Continentale, DKV, Gothaer, HanseMerkur und Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei AXA ActiveMe die letzten 8 Jahre; bei ARAG, Alte Oldenburger, Barmenia, BBKK, HALLESCHER, Inter, Nürnberger, ottonova, R+V, SIGNAL, Universa, Württembergische und UKV die letzten 10 Jahre).

6. Besteht eine Fehlsichtigkeit?  
Wenn »ja«, wieviel Dioptrien (links/rechts)? (nicht erforderlich bei Allianz und HanseMerkur).

7. Besteht eine Sterilität, Infertilität oder wurden in den letzten 5 Jahren Beratungen, Untersuchungen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches durchgeführt? (bei ARAG, Barmenia, Continentale, Inter, R+V und SIGNAL ohne zeitliche Beschränkung; bei Allianz (ambulant) die letzten 3 Jahre; nicht erforderlich bei DKV und HanseMerkur).

8. Besteht eine Fehlbildung oder anerkannte Behinderung? Bei »ja« bitte eine Kopie des Anerkennungsbescheides mit dem Wortlaut der Schädigungsfolge beifügen. Hinweis: Hierzu zählen auch a) anerkannte Minderungen der Erwerbsfähigkeit (auch bei Kindern), b) Arbeitsverletzungen, c) Berufsleiden, d) Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigungen, e) Pflegebedürftigkeit, f) oder sonstige Schädigungsfolgen, g) nur bei BBKK, Gothaer und UKV: Bezogen oder beziehen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen, auch private oder gesetzliche Pflegerenten? Weshalb?

9. Werden oder wurden in den letzten 3 Jahren Arzneimittel, Beruhigungsmittel, Drogen oder annähernd täglich Alkohol eingenommen oder besteht/bestand jemals eine Abhängigkeit? Wenn »ja«, welche und aufgrund welcher Diagnose? (bei Allianz die letzten 5 Jahre; bei Württembergische und SIGNAL die letzten 10 Jahre; bei HanseMerkur und R+V zeitlich unbegrenzt).

10. Wurde jemals eine HIV-Infektion (AIDS) festgestellt oder ist ein Testergebnis offen?

11. Wurden Sie wegen einer bösartigen Krebs/Tumorerkrankung behandelt? (nur zu beantworten bei Münchener Verein die letzten 5 Jahre; bei BBKK, ottonova, UKV die letzten 10 Jahre).

12.1 Wie viele Zähne – außer fehlenden Weisheitszähnen und vollständigem Lückenschluss – fehlen und sind noch nicht ersetzt worden? (Lückenschluss gilt nicht bei Münchener Verein).

12.2 Finden derzeit oder fanden die letzten 3 Jahre zahnärztliche, kieferorthopädische oder parodontale Maßnahmen statt oder sind solche für die Zukunft angeraten oder beabsichtigt? Wird eine Aufbisschiene getragen? Oder besteht eine Zahnbetterkrankung (Parodontitis) oder Zahnfehlstellung (auch Kieferanomalien)?

12.3 Wie viele Zähne wurden ersetzt bzw. überkront? (zu beantworten bei Allianz, HALLESCHER, Inter, Münchener Verein und Nürnberger; bei Gothaer MediVita-Z und SIGNAL älter 5 Jahre, bei BBKK und UKV älter 6 Jahre; bei Continentale älter 10 Jahre; bei ARAG nur herausnehmbarer Zahnersatz; bei SIGNAL ist bei Zahnersatz jünger 5 Jahre Name und Anschrift des behandelnden Zahnarztes anzugeben).

12.4 Wann erfolgte der Zahnersatz bzw. die Überkronung (Monat/Jahr)? (nicht erforderlich bei Allianz).

12.5 Wann fand die letzte zahnärztliche Untersuchung statt? Welcher Zahnarzt kann Auskunft geben? (nur zu beantworten bei Münchener Verein und Alte Oldenburger, zusätzlich ist auch der Befund der Untersuchung anzugeben.)

Person 1

cm  kg

Welcher Abfragezeitraum soll berücksichtigt werden?

nein  ja

nein  ja

nein  ja

nein  ja

nein  ja  
 links  rechts

nein  ja

nein  ja

nein  ja

nein  ja

nein  ja

keine Anzahl

nein  ja

Anzahl

Monat/Jahr

Monat/Jahr

3 Jahre  5 Jahre  
 10 Jahre

5 Jahre  10 Jahre

5 Jahre  10 Jahre

Frage nicht beantwortet

3 Jahre  5 Jahre  
 unbegrenzt  
 Frage nicht beantwortet

3 Jahre  5 Jahre  
 10 Jahre  unbegrenzt

5 Jahre  10 Jahre  
 Frage nicht beantwortet

Frage nicht beantwortet

Frage nicht beantwortet

Frage nicht beantwortet

# Risikovorfrage

## Private Krankenversicherung

### Genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 2 bis 12

Bitte machen Sie genauere Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen. Bezeichnung der Erkrankung (Diagnosen bzw. Art der Beschwerden, Medikamente, Dosierung, Folgeerscheinungen, Art der Behandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsdauer, Operation ja/nein, behandlungs- und beschwerdefrei seit, behandelnder Arzt, stationäre Unterbringung etc.

Ärztliche Dokumente liegen bei?  Nein  Ja

Selbstauskünfte liegen bei?  Nein  Ja

Eine große Auswahl an Selbstauskünften  
finden Sie in der Knowledge Base!  
(Suchbegriff: Selbstauskünfte)

Bemerkungen

# Risikovorfrage

## Private Krankenversicherung

- 1.) Die durchgestrichenen Versicherer werden aufgrund unpassender Gesundheitsfragen oder wegen zu ausgedehnten Abfragezeiträumen nicht bei der Risikoprüfung durch die KV Werk GmbH berücksichtigt.
- 2a.) Das KV Werk wird anhand der abgefragten Leistungswünsche bei den Versicherern anfragen, die unter Berücksichtigung der Gesundheitsangaben unseren Erfahrungen nach voraussichtlich die besten Angebote unterbreiten werden.
- 2b.) Darüber hinaus besteht für Sie die Möglichkeit uns Gesellschaften vorzugeben, bei denen in jedem Fall angefragt werden soll, sofern diese nicht im Vorfeld der Selektion ausgeschlossen wurden.

### Bei welchem Versicherer soll angefragt werden?

- |                                                                               |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allianz Private Krankenversicherung AG               | <input type="checkbox"/> HanseMerkur Krankenversicherung AG        |
| <input type="checkbox"/> ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG              | <input type="checkbox"/> Inter Krankenversicherung a.G.            |
| <input type="checkbox"/> ARAG Krankenversicherungs AG                         | <input type="checkbox"/> Münchener Verein Krankenversicherung a.G. |
| <input type="checkbox"/> AXA Krankenversicherung AG                           | <input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Krankenversicherung AG         |
| <input type="checkbox"/> Barmenia Krankenversicherung AG                      | <input type="checkbox"/> ottonova Krankenversicherung AG           |
| <input type="checkbox"/> Bayerische Beamtenkrankenkasse AG                    | <input type="checkbox"/> R + V Versicherung AG                     |
| <input type="checkbox"/> Concordia Krankenversicherungs-AG                    | <input type="checkbox"/> SIGNAL Krankenversicherung a.G.           |
| <input type="checkbox"/> Continentale Krankenversicherung a.G.                | <input type="checkbox"/> Süddeutsche Krankenversicherung a.G.      |
| <input type="checkbox"/> DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Union Krankenversicherung AG (UKV)        |
| <input type="checkbox"/> DKV Deutsche Krankenversicherung AG                  | <input type="checkbox"/> uniVersa Krankenversicherung a.G.         |
| <input type="checkbox"/> GOTHAER Krankenversicherung AG                       | <input type="checkbox"/> Württembergische Krankenversicherung AG   |
| <input type="checkbox"/> HALLESCHE Krankenversicherung a.G.                   | <input type="checkbox"/>                                           |

### Erklärung

Der Makler bestätigt hiermit, dass eine Vollmacht des Kunden vorliegt, die es ihm und dem KV Werk gestattet, die persönlichen Daten und Gesundheitsangaben an Partner und Versicherer weiterzuleiten, um passende Angebote für eine Private Krankenversicherung zu erhalten. Sofern der Kunde diese Erklärung eigenhändig unterzeichnet, ist eine Vollmacht nicht erforderlich und er erteilt dem KV Werk somit die zuvor genannten Befugnisse.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

# Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 und 14 DSGVO

## Risikoprüfung/-voranfrage & Versicherungsvermittlung

Kunde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Nachname
Verantwortlicher	KV Werk GmbH Bonner Straße 271, 50968 Köln Fon: +49 221 955 855 - 0 info@kvwerk.de, www.kvwerk.de	
Datenschutzbeauftragter	Dipl.-Kfm. Guido Babinsky c/o basucon GmbH Detmolder Straße 204, 33100 Paderborn datenschutz@kvwerk.de	
Zweck der Datenverarbeitung	Risikovorfrage im Zuge Ihres Absicherungswunsches in die private Krankenversicherung bzw. Ihren aktuellen privaten Krankenversicherer zu wechseln	
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfüllung eines Vertrages (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO)</li> <li>• Rechtliche Verpflichtung (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO)</li> <li>• Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)</li> </ul>	
Normale Daten und Datenkategorien (gemäß Art. 6 DSGVO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungsdokumentationen und Gesprächsprotokolle</li> <li>• Daten zur Geldwäsche-Prävention nach GwG (ausgenommen biometrische Daten)</li> <li>• Daten zu Haftpflicht-, Sach- oder Schadenversicherungen</li> <li>• Daten zu Personenversicherungen (ausgenommen biometrische Daten und Gesundheitsdaten)</li> <li>• Datum, Ort und Zeitpunkt von Beratungsgesprächen</li> <li>• Einkommens- und Vermögensdaten</li> <li>• Korrespondenz jeglicher Art</li> <li>• Sozialversicherungsdaten</li> <li>• Stammdaten (im Sinne des Code of Conduct der deutschen Versicherungswirtschaft/GDV vom 29.06.2018)</li> <li>• Steuerliche Daten</li> </ul>	
Besonders schützenswerte Daten und Datenkategorien (gemäß Art. 9 DSGVO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biometrische Daten und Gesundheitsdaten zu Personenversicherungen</li> <li>• Biometrische Daten zur Geldwäscheprävention nach GwG</li> <li>• Kirchensteuerpflicht zu Einkommensdaten</li> </ul>	
Verarbeitung aufgrund berechtigter Interessen	Findet nicht statt	
Empfänger/Empfängerkategorien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auftragsverarbeiter</li> <li>• Financial Intelligence Unit (FIU) Deutschland</li> <li>• Maklerpools</li> <li>• Sonstige Risikoträger</li> <li>• Versicherungsunternehmen</li> </ul> <b>Die Daten der konkreten Empfänger gemäß Art. 9 DSGVO sind im Anhang aufgeführt.</b>	
Übermittlung an ein Drittland/Internationale Organisationen	Findet nicht statt	
Dauer der Datenverarbeitung	<p>Zum Zeitpunkt dieser Information können wir Ihnen die genaue Verarbeitungsdauer Ihrer Daten noch nicht konkret nennen.</p> <p>Wir verarbeiten Ihre Daten aber nur so lange, wie wir dafür eine Rechtsgrundlage haben. Um sicherzustellen, dass Ihre Daten nicht darüber hinaus verarbeitet werden, halten wir ein Löschkonzept vor, welches die sehr unterschiedlichen gesetzlichen und vertraglichen Fristen für die Aufbewahrung/Vorhaltung Ihrer Daten sowie angemessene Zeiträume für die endgültige Löschung berücksichtigt.</p> <p>Gesetzliche und vertragliche Aufbewahrungs-/Vorhaltefristen ergeben sich zum Beispiel aus den Regeln des Gewerbe-, Handels- oder Steuerrechtes, den allgemeinen und besonderen Verjährungsfristen sowie dem Geldwäschegesetz (GwG).</p>	

# Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 und 14 DSGVO

## Risikoprüfung/-voranfrage & Versicherungsvermittlung

<p>Allgemeine Rechte Kunde (Art. 15 - 18, 20, 21, 77 DSGVO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auskunft (Art. 15 DSGVO)</li> <li>• Berichtigung (Art. 16 DSGVO)</li> <li>• Löschung (Art. 17 DSGVO)</li> <li>• Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)</li> <li>• Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)</li> <li>• Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)</li> <li>• Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO)</li> </ul>
<p>Widerrufsrecht Kunde (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)</p>	<p>Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Ihrer freiwilligen Einwilligung beruht, haben Sie jederzeit das Recht, diese Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die aufgrund Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO erfolgt, formlos zu widerrufen.</p> <p>Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können andere Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung nachweisen.</p>
<p>Hinweise zu Ihren Rechten</p>	<p>Sie haben das Recht, sich jederzeit bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Liste der Aufsichtsbehörden finden Sie hier <a href="https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html">https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html</a>. Falls Sie keinen Zugang zu dieser Liste im Internet haben, sprechen Sie uns bitte an. Wir nennen Ihnen dann die Kontaktdaten der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde.</p> <p>Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Ihrer Einwilligung beruht, dann erfolgt dies ausdrücklich aufgrund Ihrer freiwilligen Entscheidung, die Sie jederzeit formlos widerrufen können.</p> <p><b>Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Widerruf gemäß Art. 7 Abs. 3 oder ein Widerspruch gemäß Art. 21 DSGVO eventuell dazu führen kann, dass wir unsere vertraglichen Verpflichtungen, für die wir diese Daten benötigen, Ihnen gegenüber dann nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllen können.</b></p>
<p>Pflicht zur Bereitstellung</p>	<p>Die Bereitstellung der Daten durch Sie ist für die Durchführung der oben genannten Zwecke vertraglich und gesetzlich notwendig.</p> <p>Die Folgen der Nichtbereitstellung sind, dass der Vorgang zu den oben genannten Zwecken nicht mehr oder nicht mehr vollständig durchgeführt werden kann und gegebenenfalls von uns abgebrochen oder beendet werden muss.</p>
<p>Quelle der Daten</p>	<p>Ihre personenbezogenen Daten erheben wir teilweise bei Ihnen. Darüber hinaus erheben wir Daten bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzten und sonstigen Heilbehandlern</li> <li>• Assekuradeuren</li> <li>• Beihilfestellen oder Stellen der Heilfürsorge</li> <li>• Gesetzlichen Krankenkassen</li> <li>• Krankenanstalten</li> <li>• Maklerpools</li> <li>• Sonstige Risikoträgern</li> <li>• Versicherungsunternehmen</li> </ul>
<p>Automatisierte Entscheidungsfindung/Profiling</p>	<p>Findet nicht statt</p>

### Empfangsbestätigung

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Informationen gelesen, verstanden und eine Ausfertigung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

# Risikovorfrage

## Empfängerliste gemäß Art. 9 DSGVO



### Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München

T (089) 38 00-10 00

F (0800) 4 40 01 03

service.apkv@allianz.de

www.allianzdeutschland.de

**Datenschutz-Info**

[www.allianz.de/Datenschutz](http://www.allianz.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

T (0231) 9 19-0

F (0231) 9 19-29 13

info@continentale.de

www.continentale.de

**Datenschutz-Info**

[www.continentale.de/Datenschutz](http://www.continentale.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta

T (04441) 9 05-0

F (04441) 9 05-47 0

info@alte-oldenburger.de

www.alte-oldenburger.de

**Datenschutz-Info**

[www.alte-oldenburger.de/Datenschutz](http://www.alte-oldenburger.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### DFV Deutsche Familienversicherung AG

Reuterweg 47, 60323 Frankfurt am Main

T (069) 9 58 69 69

F (069) 9 58 69 58

service@dfv.ag

www.dfv.ag

**Datenschutz-Info**

[www.dfv.ag/Datenschutz](http://www.dfv.ag/Datenschutz)

Speicherdauer:

### ARAG Krankenversicherungs-AG

Hollerithstraße 11, 81829 München

T (089) 41 24-02

F (089) 41 24-25 25

service@arag.de

www.arag.de

**Datenschutz-Info**

[www.arag.de/Datenschutz](http://www.arag.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### R+V Krankenversicherung AG

Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

T (0611) 5 33-0

F (0611) 5 33-45 00

ruv@ruv.de

www.ruv.de

**Datenschutz-Info**

[www.ruv.de/Datenschutz](http://www.ruv.de/Datenschutz)

Speicherdauer: 6 Monate

### AXA Krankenversicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln

T (01803) 55 66 22

F (0221) 1 48-36 20 2

service@axa.de

www.axa.de

**Datenschutz-Info**

[www.axa.de/Datenschutz](http://www.axa.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Joseph-Scherer-Straße 3, 44139 Dortmund

T (0231) 1 35-0

F (0231) 1 35-46 38

info@signal-iduna.de

www.signal-iduna.de

**Datenschutz-Info**

[www.signal-iduna.de/Datenschutz](http://www.signal-iduna.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### Barmenia Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal

T (0202) 4 38-00

F (0202) 4 38-35 08

info@barmenia.de

www.barmenia.de

**Datenschutz-Info**

[www.barmenia.de/Datenschutz](http://www.barmenia.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach

T (0711) 7372-7161

F (0711) 7372-7211

vertrag@sdk.de

www.sdk.de

**Datenschutz-Info**

[www.sdk.de/Datenschutz](http://www.sdk.de/Datenschutz)

Speicherdauer: 6 Monate

### Bayerische Beamtenkrankenkasse Aktiengesellschaft

Warngauer Straße 30, 81539 München

T (089) 21 60-0

F (089) 21 60-27 14

service@vkb.de

www.vkb.de

**Datenschutz-Info**

[www.vkb.de/Datenschutz-Hinweise](http://www.vkb.de/Datenschutz-Hinweise)

Speicherdauer:

### Union Krankenversicherung AG

Peter-Zimmer-Straße 2, 66123 Saarbrücken

T (0681) 8 44-70 00

F (0681) 8 44-25 09

service@ukv.de

www.ukv.de

**Datenschutz-Info**

[www.ukv.de/Datenschutz-Hinweise](http://www.ukv.de/Datenschutz-Hinweise)

Speicherdauer:

### Bayerische Beamten Versicherung AG

Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München

T (089) 67 87-0

F (089) 67 87-91 50

info@bbv.de

www.bbv.de

**Datenschutz-Info**

[www.bbv.de/Datenschutz](http://www.bbv.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Aachener Straße 300, 50933 Köln

T (0221) 5 78-0

F (0221) 5 78-36 94

service@dkv.com

www.dkv.com

**Datenschutz-Info**

[www.dkv.de/Datenschutz](http://www.dkv.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### Concordia Krankenversicherungs-AG

Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover

T (0511) 57 01-0

F (0511) 57 01-19 05

kv@concordia.de

www.concordia.de

**Datenschutz-Info**

[www.concordia.de/Datenschutz](http://www.concordia.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

### ERGO Krankenversicherung AG

Karl-Martell-Straße 60, 90344 Nürnberg

T (0911) 1 48-01

F (0911) 1 48-17 00

info@ergodirekt.de

www.ergodirekt.de

**Datenschutz-Info**

[www.ergodirekt.de/Datenschutz](http://www.ergodirekt.de/Datenschutz)

Speicherdauer:

# Risikovorfrage

## Empfängerliste gemäß Art. 9 DSGVO



### Gothaer Krankenversicherung AG

Arnoldiplatz 1, 50969 Köln  
T (0221) 3 08-00  
F (0221) 3 08-10 3  
info@gothaer.de  
www.gothaer.de

**Datenschutz-Info**  
[www.gothaer.de/Datenschutz](http://www.gothaer.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg  
T (0911) 5 31-0  
F (0911) 5 31-32 06  
info@nuernberger.de  
www.nuernberger.de

**Datenschutz-Info**  
[www.nuernberger.de/Datenschutz](http://www.nuernberger.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### HALLESCHE Krankenversicherung auf Gegenseitigkeit

Reinsburgstraße 10, 70178 Stuttgart  
T (0711) 66 03-0  
F (0711) 66 03-29 0  
service@hallesche.de  
www.hallesche.de

**Datenschutz-Info**  
[www.hallesche.de/Datenschutz](http://www.hallesche.de/Datenschutz)  
Speicherdauer: 12 Monate

### ottonova Krankenversicherung AG

Ottostraße 4, 80333 München  
T (089) 12 14 07 12  
support@ottonova.de  
www.ottonova.de

**Datenschutz-Info**  
[www.ottonova.de/Datenschutz](http://www.ottonova.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### HanseMercur Krankenversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg  
T (040) 41 19-0  
F (040) 41 19-32 57  
info@hansemerkur.de  
www.hansemerkur.de

**Datenschutz-Info**  
[www.hansemerkur.de/Datenschutz](http://www.hansemerkur.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### uniVersa Krankenversicherung a.G.

Sulzbacher Straße 1–7, 90489 Nürnberg  
T (0911) 53 07-0  
F (0911) 53 07-16 76  
info@universa.de  
www.universa.de

**Datenschutz-Info**  
[www.universa.de/Datenschutz](http://www.universa.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### INTER Krankenversicherung AG

Erzbergerstraße 9–15, 68165 Mannheim  
T (0621) 4 27-42 7  
F (0621) 4 27-94 4  
info@inter.de  
www.inter.de

**Datenschutz-Info**  
[www.inter.de/Datenschutz](http://www.inter.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### vigo Krankenversicherung VVaG

Werdener Str. 4, 40227 Düsseldorf  
T (0211) 35 59 00-0  
F (0211) 35 59 00-20  
service@vigo-krankenversicherung.de  
www.vigo-krankenversicherung.de

**Datenschutz-Info**  
[www.vigo-krankenversicherung.de/Datenschutzhinweise](http://www.vigo-krankenversicherung.de/Datenschutzhinweise)  
Speicherdauer:

### Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg  
T (04131) 7 25-0  
F (04131) 40 34 02  
info@lkh.de  
www.lkh.de

**Datenschutz-Info**  
[www.lkh.de/Datenschutzinformationen](http://www.lkh.de/Datenschutzinformationen)  
Speicherdauer:

### Württembergische Krankenversicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart  
T (0711) 6 62-0  
F (0711) 6 62-82 25 20  
krankenversicherung@wuerttembergische.de  
www.wuerttembergische.de

**Datenschutz-Info**  
[www.wuerttembergische.de/Datenschutz](http://www.wuerttembergische.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

### Münchener Verein Krankenversicherung a.G.

Pettenkofersstraße 19, 80336 München  
T (089) 51 52-0  
F (089) 51 52-15 01  
info@muenchener-verein.de  
www.muenchener-verein.de

**Datenschutz-Info**  
[www.muenchener-verein.de/Datenschutz](http://www.muenchener-verein.de/Datenschutz)  
Speicherdauer:

## Erklärungen des Kunden

Ich erkläre, dass ich die Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 und 14 DSGVO gelesen, verstanden und eine Ausfertigung erhalten habe und willige freiwillig in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Daten nach Art. 9 DSGVO, zu den dort genannten Zwecken an die oben genannten Empfänger ein.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde



# Risikovorfrage

Einwilligungserklärung gemäß Art. 6, 7 und 9 DSGVO



Kunde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Vorname	Nachname
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße Hausnummer	PLZ Ort
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefon	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefax	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kundennummer	Geburtsdatum	
Verantwortlicher	KV Werk GmbH Bonner Straße 271, 50968 Köln Fon: +49 221 955 855- 0 info@kvwerk.de www.kvwerk.de	
Datenschutzbeauftragter	Dipl.-Kfm. Guido Babinsky c/o basucon GmbH Detmolder Straße 204 33100 Paderborn datenschutz@kvwerk.de	

Zutreffendes bitte ankreuzen

## Erklärungen des Kunden

Ich erkläre, dass ich die Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 und 14 DSGVO gelesen, verstanden und eine Ausfertigung erhalten habe. Ich willige freiwillig in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere der Daten nach Art. 9 DSGVO, zuden dort genannten Zwecken ein.

Die künftige Kontaktaufnahme wünsche ich über folgende(n) Kommunikationsweg(e):

Telefon  Telefax  E-Mail  Post

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen, auch einzeln, für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

# Schweigepflichtentbindung

## Einwilligungserklärung



Ich willige ein, dass:

1. Die angesprochenen Versicherer meine im Rahmen dieser Risikovorabfrage und in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Abwicklung der Risikovorabfrage erforderlich ist.
2. Meine Gesundheitsdaten in der Risikoprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden können.
3. Der angesprochene Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im Rahmen der Risikoprüfung im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie der Versicherer dies tun dürfte.
4. Meine Gesundheitsdaten zur Risikoprüfung – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verarbeitet werden.
5. Der angesprochene Versicherer meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – sofern erforderlich – an den anfragenden Versicherungsmakler, seinen Maklerpool, zwischengeschaltete Makler und von den vorgenannten Maklern eingeschaltete Dienstleistungsgesellschaften übermitteln darf.
6. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und weiterer der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.
7. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.
8. Sofern erforderlich, entbinde ich die für den angefragten Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und ggf. weiteren der Schweigepflicht unterliegenden Daten von ihrer Schweigepflicht.

### Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später direkt gegenüber dem Versicherer oder über Ihren Makler für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Durchführung der Risikovorabfrage in der Regel nicht möglich sein wird.

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

Ort/Datum/Unterschrift Makler

Ort/Datum/Unterschrift Kunde

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s)

(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der zu versichernden Person stets notwendig)