**EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG DURCH DEN VERSICHERER MEINER GEWÖHNLICHEN UND SENSIBLEN PERSÖNLICHEN DATEN**

**Nach Einsichtnahme in die separat wiedergegebene Datenschutzerklärung gemäß Artikel 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679, deren Empfang ich hiermit bestätige, und im Wissen um die Folgen der Verweigerung der Einwilligung:**

⬜ gebe ich ⬜ verweigere ich

meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner sensiblen persönlichen Daten zu **Versicherungszwecken** (siehe dazu Buchstabe A) der Datenschutzerklärung)

⬜ gebe ich ⬜ verweigere ich

meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten zu **Marketingzwecken** (siehe dazu Buchstabe B) der Datenschutzerklärung)

Ort und Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zuname und Vorname der zu versichernden Person (oder Firma)

Steuernummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der zu versichernden Person oder des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOD CONSENSO PRIVACY (ED. 07/2019)

**Gesundheitsfragebogen – anwendbar für:**

• Krankenhaustagegeld-Versicherung

• Private Krankenversicherung

• Unfallversicherung – dauernde Invalidität durch Krankheit

Der vorliegende Gesundheitsfragebogen bildet bei Annahme des Versicherungsantrages Bestandteil des Vertrages und ist folglich für die Übernahme des Risikos durch den Versicherer und für die Wirksamkeit des Versicherungsschutzes maßgeblich.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zu versichernde Person |  | | Geburtsdatum |  |
| Wohnort |  | | Geschlecht |  |
| Mitglied der Raiffeisenkasse |  | Steuernr. |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fragen des Versicherers** | **Antworten – Erklärungen der zu versichernden Person** | | |
| **1**-Besteht bereits eine Krankenversicherung zu Ihrem Vorteil? | **1** | | |
| **2**- Sind Sie bereits in einer Heilanstalt stationär behandelt worden? Wenn Ja sind anzugeben: der Zeitraum, die gestellte Diagnose und die etwaigen chirurgischen Eingriffe. | **2** | | |
| **3**-Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie an Erkrankungen oder an den Folgen eines Unfalls? | **3** | | |
| **4**-Leiden Sie an orthopädischen Problemen wie z.B. Arthrose, Bandscheiben, Rheuma, usw.? | **4** | | |
| **5**- Leiden Sie an Durchblutungsstörungen wie z.B. Krampfadern, usw.? | **5** | | |
| **6**- Leiden Sie an Erkrankungen an den Augen, wie z.B. grauem Star, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit usw.? | **6** | | |
| **7**-Leiden Sie an Bluthochdruck? Oder sind bei Ihnen erhöhte Cholesterin- oder Blutfettwerte oder andere Blutwerte außerhalb der Norm  festgestellt worden?  Wenn JA, sind die Werte anzugeben. | **7** | | |
| **8**-Körpergröße? Körpergewicht? | **8** | m | kg |
| **9**-BMI über 30?  BMI = Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m x Körpergröße in m) | **9** | | |
| **10**-Leiden Sie an Verletzungen, die eine medizinische Behandlung notwendig machen? | **10** | | |
| **11**-Sind ärztliche Behandlungen oder diagnostische Untersuchungen - mit oder ohne Krankenhauseinweisung - geplant oder empfohlen worden? Nehmen Sie gewohnheitsmäßig Medikamente? | **11** | | |
| **12**-Sind Sie mit körperlichen Mängeln oder Behinderungen behaftet? Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder sind Sie invalid? | **12** | | |
| **13**-Leiden Sie an Alkoholismus, Drogensucht, serologisch nachgewiesener Infektion mit dem HIV-Virus, A.I.D.S. (Acquired Immune Deficiency Syndrome)? | **13** | | |

Darüber belehrt, dass seine Angaben vom Versicherer der Bewertung des Risikos zugrunde gelegt werden, bestätigt der Unterfertigte, dass er die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet hat. Er nimmt zur Kenntnis, dass unwahre und unvollständige Angaben die Rechtsfolgen in Artikel 1892 und 1893 des Codice Civile nach sich ziehen. Der Unterfertigte entbindet hiermit die Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, die ihn untersucht und/oder behandelt haben, von der Schweigepflicht.

, am Unterschrift der zu versichernden Person/des Erziehungsberechtigten

Unterschrift/Stempel des Arztes (\*)

(\*) **HINWEIS:** Hat die zu versichernde Person das 59. Lebensjahr vollendet und handelt es sich um die **„Private Krankenversicherung“**, ist der Gesundheitsfragebogen vom Arzt auszufüllen und zu unterschreiben.

DATENSCHUTZ

Die im Gesundheitsfragebogen enthaltenen persönlichen Daten werden entsprechend dem (beiliegenden) Informationsblatt MOD D/V INF CONS 2016/679 (AUSGABE 07/2019) wie im Artikel 13 und 14 angegeben, behandelt.