

04.08.2026

Seite 1 von 2

VGH Versicherungen · 30140 Hannover

3599*02*003649*0005663

Frau
Stefanie Krüger-Heintzen
Gneisenastr. 14 A
31275 Lehrte



Leben-Vertrag-Leistung-/Risikoprüfung
LV-LR
Silke Huschenbett

Tel.-Nr.: (0511) 362-4207
E-Mail: service-leben@vgh.de

Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall**Versicherungs-Nr.: 0221-051.382.173** (Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Versicherungsnehmer: Stefanie Krüger-Heintzen
1. Versicherte Person: Stefanie Krüger-Heintzen

Sehr geehrte Frau Krüger-Heintzen,

am 04.08.2026 haben wir durch unser Telefonat erste wichtige Informationen erhalten.

Wir können Ihren Anspruch nun zielgerichtet prüfen. Dies geht leider nicht ohne weitere Unterlagen. Dazu benötigen wir Ihre Hilfe. Folgende Unterlagen benötigen wir von Ihnen:

- Antrag auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit (Gesprächsprotokoll)
- beigefügter Fragebogen für die versicherte Person
- Schweigepflichtentbindungserklärung

Prüfen Sie den Inhalt des beigefügten Gesprächsprotokolls (Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit) bitte auf Richtigkeit und Vollständigkeit. Eventuell notwendige Änderungen oder Ergänzungen nehmen Sie bitte vor.

Füllen Sie darüber hinaus bitte den beigefügten Fragebogen möglichst genau aus. Informieren Sie uns darüber, welche Arbeiten Sie an einem ganz gewöhnlichen Arbeitstag wie lange ausführen müssen.

Nach Erhalt der Unterlagen teilen wir Ihnen mit, welche medizinischen Unterlagen wir von Ihnen für die weitere Prüfung benötigen. Nur in Einzelfällen wenden wir uns direkt an Ihre behandelnden Ärzte etc. Hierfür benötigen wir die beigefügte Schweigepflichtentbindungserklärung.

Sie haben hier die Möglichkeit eine pauschale Entbindungserklärung (Möglichkeit I) abzugeben oder eine Erklärung im Einzelfall zu wählen. Hierzu noch ein Hinweis. Wünschen Sie jeweils eine Erklärung im Einzelfall (Möglichkeit II), kann dies die Prüfung Ihrer Ansprüche verzögern. Wenn Sie Möglichkeit I wählen, können wir Ihren Antrag schneller bearbeiten, das Widerspruchsrecht bleibt Ihnen auch hier erhalten.

LN0000_LV-KP



Und nun einige Informationen zur Berufsunfähigkeitsversicherung:

Leistungen werden Sie erhalten, wenn Sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außer Stande sein werden, Ihren Beruf auszuüben und auch keine andere Tätigkeit ausüben, die Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wir legen diesem Schreiben ein Informationsblatt bei, aus dem Sie den allgemeinen Ablauf einer Leistungsprüfung entnehmen können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der o. g. Rufnummer gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover

Anlage

Stich
Stich

LN0000 LV-KP

Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Zusammenfassung Ihrer Angaben

Ihre Angaben im Interview

Änderungswunsch

Stammdaten Allgemein

Führende Versicherungsvertragsnummer
0221-051.382.173

Datum der Meldung
28.07.2026

Geschlecht
weiblich

Nachname
Krüger-Heintzen

Vorname
Stefanie

Geburtsdatum
18.04.1979

Telefon (privat)
+49 173 2418130

Interviewdaten

Datum des Interviews
04.08.2026

Name Interviewer
Silke Huschenbett

Für die Bearbeitung Ihres Leistungsantrags sind zusätzliche Informationen notwendig. Sind Sie jetzt bereit, Angaben zu Ihrer Gesundheit und Ihrer Tätigkeit zu machen?
Ja

Stammdaten Interview

Familienstand
verheiratet

Straße und Hausnummer
Gneisenastr. 14 A

Postleitzahl
31275

Ihre Angaben im Interview

Änderungswunsch

Ort
Lehrte

Land
Deutschland

Ist die Postanschrift mit dem Wohnsitz identisch?
Ja

Telefon (mobil)
+49 176 80462304

E-Mail-Adresse
stefanie.heintzen@gmail.com

Medizinische Daten

Beantragen Sie Leistungen aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls?
Erkrankung

Aufgrund welcher Haupterkrankung/Beschwerden beantragen Sie Leistungen?
Brustkrebs

Welche Seite ist betroffen (Brustkrebs)?
beidseitig

Wurden Tochtergeschwülste / Metastasen festgestellt (Brustkrebs)?
Nein

Wurde der Krebs seit dem letzten Auftreten operiert (Brustkrebs)?
Ja

Sind Teile des Tumors oder befallene Lymphknoten im Körper verblieben, die nicht operativ entfernt werden konnten (Brustkrebs)?
Nein

Welche Behandlungen finden derzeit statt oder sind geplant (Brustkrebs)?
Chemotherapie

Welche Behandlungen finden derzeit statt?
OP hat stattgefunden, Chemo und Bestrahlung geplant

Wurden Sie stationär und/oder teilstationär in einem Krankenhaus/Kuranstalt behandelt?
Ja

Ihre Angaben im Interview

Änderungswunsch

Seit wann sind Sie in Ihrer Berufsausübung eingeschränkt?

15.07.2026

Sind die Symptome oder die Erkrankung bereits früher einmal aufgetreten?

Nein

Leiden Sie unter weiteren - für den Leistungsfall relevanten - Erkrankungen/Beschwerden?

Nein

Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits einen Arzt konsultiert?

Ja

Wann war der erste Arztbesuch?

Juni 2026

Wie hieß der Arzt?

Frau Dr. Brinkmann (Gyn)

Adresse des Arztes (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Fachrichtung)

Parkstr. 16 in 31275 Lehrte

Ist dieser Arzt Ihr derzeitiger Hausarzt?

Nein

Wie heißt Ihr derzeitiger Hausarzt (Name, Adresse falls bekannt, Fachrichtung)?

Frau Dr. Langkopf, Burgdorfer Str. 11 in Lehrte

Bitte benennen Sie Namen, Adressen und Fachrichtungen der zusätzlichen Ärzte

MHH Brustzentrum in Hannover, dort auch Onkologie (Chemo und Bestrahlung)

Wie groß sind Sie (in cm)?

172

Wie schwer sind Sie (in kg)?

80

Berufliche Daten

Welchen Beruf haben Sie unmittelbar vor Eintritt der jetzigen Erkrankung ausgeübt?

Fußpfleger/in

In welcher Branche?

Gesundheits- und Sozialwesen

Ihre Angaben im Interview

Änderungswunsch

In welchem Beschäftigungsverhältnis standen Sie zuletzt in gesunden Tagen?

Selbstständige/r

Rechtsform des Betriebes

Einzelunternehmer

Name und Anschrift des Betriebes (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort oder Postfach)

Gneisenastr. 14 A in Lehrte

Wie viele Mitarbeiter waren in Ihrem Betrieb vor Auftreten Ihrer derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden beschäftigt?

0

Haben Sie Veränderungen in Ihrem Betrieb vorgenommen oder planen Sie Veränderungen?

Nein

Wieviel Stunden haben Sie üblicherweise pro Woche vor der Erkrankung gearbeitet?

35

Haben Sie zuletzt in gesunden Tagen regelmäßig eine der folgenden Tätigkeiten ausgeführt: heben, tragen, Maschinen bedienen, klettern, arbeiten auf Baustellen und/oder im Freien?

Ja

Zu wieviel Prozent?

90

Wie hoch war Ihr aktuelles durchschnittliches monatliches (brutto) Einkommen bzw. wie hoch war es, bevor Sie wegen Ihrer Erkrankung die Tätigkeit beendet haben?

3.977,74

Haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aufgegeben bzw. sind Sie arbeitsunfähig?

Ja

Wann haben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aufgegeben bzw. seit wann sind Sie arbeitsunfähig?

15.07.2026

Sonstiges

Ihre Angaben im Interview

Änderungswunsch

Haben Sie aufgrund Ihrer Erkrankung Ansprüche auf Leistungen von folgenden Einrichtungen, bzw. wurden Leistungen bereits beantragt oder anerkannt: einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger, einer anderen Versicherungsgesellschaft für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung, einer Unfallversicherung, einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung, einem Versorgungswerk oder einer anderen Versicherung/Einrichtung?

Nein

Notizen

mobil unterwegs, Gewerbe existiert, Beruf kann aufgrund der Erkrankung momentan nicht ausgeübt werden

Bestätigung Ihrer Angaben

Vielen Dank für Ihre telefonischen Auskünfte im Rahmen der Leistungsprüfung.

Wir bitten Sie, die oben dokumentierten Angaben mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Eine schnelle Rücksendung beschleunigt die Prüfung Ihres Leistungsantrags.

Ort:

Datum:

Unterschrift

Antragsteller/

Versicherte Person:

Fragebogen für die versicherte Person

Beanspruchung von Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Allgemeine Angaben

Führende Versicherungsvertragsnummer

0221-051.382.173

Weitere Versicherungsvertragsnummern

Nachname

Krüger-Heintzen

Vorname

Stefanie

Geburtsdatum

18.04.1979

Straße und Hausnummer

Gneisenastr. 14 A

Postleitzahl

31275

Ort

Lehrte

Telefonnummer

+49 173 2418130

Auf welches Konto sollen die Leistungen gegebenenfalls gezahlt werden?

BIC

Geldinstitut

IBAN

Kontoinhaber

Steuer-ID

Angaben zum Gesundheitszustand

Schildern Sie bitte Ihre Beschwerden und die daraus resultierenden Einschränkungen.

Ist das Datum der Tätigkeitsaufgabe identisch mit dem Beginn der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit?

☐ Ja ☐ Nein

Von welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern/Kuranstalten o.ä. wurden Sie bisher behandelt? (Bitte neben der Anschrift auch den jeweiligen Behandlungszeitraum und die Behandlungsmaßnahmen angeben)

Von welchen Ärzten werden Sie derzeit behandelt? (Bitte Namen/Anschrift und Fachrichtung angeben)

Frau Dr. Langkopf, Burgdorfer Str. 11 in Lehrte
MHH Brustzentrum in Hannover, dort auch Onkologie (Chemo und Bestrahlung)

Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchungen, Behandlungen, Therapien, Medikamente, o.ä.) sind noch vorgesehen (wann und wo?)

Angaben zum beruflichen Werdegang

Haben Sie einen Schulabschluss?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welchen?

Haben Sie ein oder mehrere Fachhochschul- oder Hochschulstudium (-studien) begonnen oder abgeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche(s) und mit welchem Abschluss?

Haben Sie eine oder mehrere Berufsausbildung(en) begonnen oder abgeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Beruf bzw. in welchen Berufen? Von wann bis wann? Welcher Abschluss?

Beruf	Abschluss	Zeitraum

Haben Sie berufliche Weiterbildungsmaßnahmen (z.B. Fortbildung/ Umschulung) begonnen oder abgeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Maßnahme	Abschluss	Zeitraum

Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie in Ihrem bisherigen Berufsleben ausgeübt? Schildern Sie bitte Ihren beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge (falls vorhanden bitte Lebenslauf beifügen):

Berufliche Tätigkeit	Zeitraum

Angaben zur zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Tätigkeit

Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich täglich gearbeitet?

An wie vielen Tagen pro Woche?

Nachfolgend bitten wir Sie, die von Ihnen in Ihrem zuletzt ausgeübten Beruf ausgeführten Teiltätigkeiten aufzuführen, die an einem gewöhnlichen Arbeitstag angefallen sind. Nennen Sie uns bitte auch die Arbeitszeit, die Sie durchschnittlich auf die einzelnen Teiltätigkeiten verwendet haben. Maßgebend ist der Zeitpunkt vor Auftreten derjenigen gesundheitlichen Beschwerden, die Sie zur Beanspruchung von Leistungen bewogen haben.

Teiltätigkeiten als Fußpfleger/in	durchschnittlicher Zeitaufwand täglich
	Stunden
	Stunden
	Stunden
	Stunden
	Stunden
Insgesamt	Stunden

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen der letzten drei Jahre vor Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung (bitte fügen Sie Bilanzen und Gewinn- und Verlustrechnungen sowie Einkommensteuerbescheide bei):

Jahr	Höhe des Bruttoeinkommens

Angaben zum weiteren Versicherungsschutz

Haben Sie einen Rentenanspruch bei einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Name des Rentenversicherers

Anschrift

Dortiges Aktenzeichen

Sind Sie bei anderen Versicherungsgesellschaften für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit versichert?

☐ Ja ☐ Nein

Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift

Dortige Versicherungsnummer

Name der Versicherungsgesellschaft

Anschrift

Dortige Versicherungsnummer

Haben Sie dort einen Antrag auf Leistungen gestellt?

☐ Ja ☐ Nein

Wurde bereits über Ihren Antrag entschieden?

☐ Ja ☐ Nein

Wo sind Sie krankenversichert?

Name des Krankenversicherers

Anschrift

Dortige Versicherungsnummer/Mitgliedsnummer

Zusatzfragen für selbständig und freiberuflich Tätige

Angaben zum Betrieb

Seit wann sind Sie selbständig tätig?

Bitte benennen Sie den Geschäftsführer sowie Mitinhaber bzw. Teilinhaber:

Name	Funktion	Zeitraum	Prozentuale Beteiligung

Wie groß ist das Einzugsgebiet Ihres Unternehmens (bitte geben Sie den Radius in Kilometern um Ihren Firmensitz an)?

Wie viele Kilometer legten Sie jährlich ausschließlich geschäftlich mit Ihrem Pkw (für Kundenberatungen, Baustellenüberwachungen etc.) zurück?

Betreiben Sie außerdem Filialen, andere Geschäfte, Niederlassungen oder Dienstleistungsunternehmen oder waren (bzw. sind) Sie an solchen beteiligt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Anschrift

Arbeitet Ihr Ehegatte/Lebenspartner/Angehöriger im Betrieb mit?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja

☐ Ehegatte ☐ Lebenspartner ☐ Angehöriger/Verwandtschaftsverhältnis

Seit wann?

Art und Anzahl der im Betrieb eingesetzten technischen Hilfsmittel, wie z. B. Fahrzeuge, Ladebordkräne (LKW), Deckenkräne, sonstige, auch portable Hubeinrichtungen, Gabelstapler, Treppensteiger etc.:

Art	Anzahl

Bestätigung Ihrer Angaben

Wir bitten Sie, die oben dokumentierten Angaben mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen. Eine schnelle Rücksendung beschleunigt die Prüfung Ihres Leistungsantrags.

Ort:

Datum:

Unterschrift Antragsteller/
Versicherte Person:

VP: Frau Stefanie Krüger-Heintzen, Gneisenastr. 14 A, 31275 Lehr
VSNR: 0221-051.382.173

Informationsblatt für Ihre Unterlagen:

So gehen wir vor ...

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben bei uns Leistungen aus Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt. Wir möchten Ihren Anspruch sorgfältig und schnell prüfen. Zu Anfang möchten wir Ihnen gerne den üblichen Ablauf unserer Leistungsprüfung schildern, damit Sie wissen, wie wir vorgehen und was Sie dazu beitragen können.

Schritt 1: Das Telefoninterview

Das Telefoninterview haben wir mit Ihnen bereits geführt. Dadurch haben wir bereits erste wichtige Informationen zu Ihrer Erkrankung / Ihren Beschwerden und zu Ihrer beruflichen Tätigkeit erhalten.

Schritt 2: Weitere Unterlagen

Nach der Durchführung des Interviews erhalten Sie von uns weitere Unterlagen: das Protokoll unseres Telefoninterviews sowie Unterlagen bzw. Informationen über weitere erforderliche Nachweise.

Schritt 3: Unterstützung von Dritten

Sobald uns die erforderlichen Unterlagen vorliegen, prüfen wir rasch Ihre Angaben und die eingereichten Dokumente. Möglicherweise benötigen wir weitere Informationen und Unterlagen. Über die erforderlichen Unterlagen werden wir Sie informieren. Sie erhalten dabei auch erforderliche Vordrucke für Ihre behandelnden Ärzte sowie für andere Institutionen wie z.B. Ihre Krankenkasse mit der Bitte diese weiterzuleiten. Dadurch haben Sie stets den Überblick über die erforderlichen Unterlagen und haben zusätzlich die Möglichkeit mit Ihren Ärzten über die Dringlichkeit der Anfragen zu sprechen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Anforderung von Unterlagen über den Anspruchsteller den Leistungsprüfungsprozess beschleunigen kann.

Schritt 4: Wir halten Sie auf dem Laufenden

Sämtliche Informationen, die wir von Ihnen oder von Dritten erhalten, werden von uns laufend geprüft und wir werden Sie in regelmäßigen Abständen über den Stand Ihres Antrags informieren. Spätestens alle 6 Wochen erhalten Sie dazu von uns ein Schreiben. Unter Umständen werden wir Sie um eine medizinische Begutachtung Ihres Gesundheitszustands bitten. Dies ist z. B. dann erforderlich, wenn die ärztlichen Befunde unklar oder widersprüchlich sind.

Wir würden dann einen unabhängigen Gutachter beauftragen, der mit Ihnen einen Untersuchungstermin vereinbart und die Begutachtung durchführt. Auch kann es in Einzelfällen vorkommen, dass wir bei der Prüfung Ihrer Unterlagen unseren Rückversicherer einbeziehen. Aber selbstverständlich werden wir Sie hierüber ebenfalls rechtzeitig informieren.

Schritt 5: Die Entscheidung

Sobald uns alle für die Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen und Unterlagen vorliegen, informieren wir Sie umgehend nach der Auswertung der Unterlagen über das Ergebnis der Prüfung.

Wir hoffen, dass wir Ihnen hier einen kleinen Überblick verschaffen konnten. Bitte zögern Sie nicht, uns bei Fragen einfach anzurufen. Gerne helfen wir Ihnen weiter.

[illegible]

UKZ / TW

Versicherungsnummer

Unterme

0	2	2	1	0	5	1	3	8	2	1	7	3				
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Versicherungsnehmer/in:

Anr., Name, Vorname, Titel (Anr.: Herr = 1, Frau = 2, Herr und Frau = 3, Firma = 4, Sonstiges = 5)

[illegible]

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, benötigt die Provinzial Lebensversicherung Hannover, im folgenden PH genannt, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die PH Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die PH 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 (siehe Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Erklärungen abzugeben. Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist der Abschluss oder die Durchführung des Vertrages regelmäßig jedoch nicht möglich. Sie haben das Recht, Ihre Erklärungen jederzeit zu widerrufen. Bisherige Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die PH selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der PH (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die PH

Ich willige ein, dass die PH 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 Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die PH die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die PH benö-

tigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen und können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

☐ **Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die PH - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung 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 meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die PH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die PH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die PH tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

☐ **Möglichkeit II:**

Ich wünsche, dass mich die PH in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die PH einwillinge, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die PH einwillinge
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die PH konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragschluss für die PH konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür benötigen wir eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

☐ Erklärungen für den Fall meines Todes:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1 – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der PH

Die PH 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 PH 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 PH 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 PH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die PH tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die PH führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Aufnahme von Gesundheitsdaten oder Vermittlung von Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die PH Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die PH führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die PH erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.vgh.de eingesehen oder bei der Provinzial Lebensversicherung Hannover, Datenschutz, Schiffgraben 4, 30159 Hannover, Telefonnummer: (0511) 362-0, E-Mail: datenschutz@vgh.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die PH Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die PH 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 PH dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der PH 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 Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die PH 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 sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die PH Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 PH aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

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

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. 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 verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns 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 PH tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die PH 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 gemäß § 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 auf einen anderen Vermittler 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 auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die PH 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 Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die PH Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die PH speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die PH 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.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des
Versicherungsnehmers

der zu versichernden Person (bei Vorliegen
der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens
ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

der gesetzlichen Vertreter (erforderlich bei minderjährigem
Versicherungsnehmer)

Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von der Provinzial Lebensversicherung Hannover beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 3.2 der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
Allgemeine Dienstleistungen	Rhenus Data Office GmbH	Vernichtung von Datenträgern
	Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG	Überprüfung, Aktualisierung und Recherche von Adressen
	Deutsche Post E-Post Solutions GmbH	Posteingangsbearbeitung
	Oldenburgische Landesbrandkasse	Validierung eingescannter Post
IT-Dienstleister	iVV GmbH	EDV-Leistungen
	Finanz Informatik GmbH	EDV-Leistungen
Versicherungsspezifische Dienstleistungen	Cominia Aktuarielle Services GmbH	Beratung im Rahmen der Erweiterung des versicherungsmathematischen Verwaltungssystems
	Deutsche Assistance Service GmbH	Teleinterview und Regulierung von Assistance-Leistungen
	GDV Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft	Datenaustausch Altersvorsorgeverträge (Riester)
	IHR Rehabilitations-Dienst GmbH	Unterstützung im Rahmen der Leistungsprüfung (Erst- und Nachprüfung)
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft	Datenaustausch zur Risikoeinschätzung (Antrag/Leistung) im Einzelfall/ Software-Lösung bei automatisierter Antragsprüfung und zur digitalen Einholung von ärztlichen Auskünften
	Provinzial Krankenversicherung Hannover AG	Antragsbearbeitung (S-Einkommens-Schutz)
	Reha Assist Deutschland GmbH	Unterstützung im Rahmen der Leistungsprüfung (Erst- und Nachprüfung)
	Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Datenaustausch zur Risikoeinschätzung (Antrag/Leistung) im Einzelfall

Übersicht über die Rückversicherungen gemäß Ziffer 3.3 der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrnehmung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den Rückversicherern finden Sie auf den unten benannten Internetseiten. Sie können die Informationen auch in gedruckter Form bei uns anfordern.

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München

<https://www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html>

Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland in München

https://www.swissre.com/privacy_policy_german_version.html

VP: Frau Stefanie Krüger-Heintzen, Gneisenastr. 14 A, 31275 Leht
VSNR: 0221-051.382.173

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen
von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrte Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlagen von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.