Verkürzte Angaben zum Gesundheitszustand

Bei bestehender Vereinbarung, dass die betriebliche Altersversorgung aller Beschäftigten ausschließlich über die Pensionskasse erfolgt!

Rückantwort an:

Pensionskasse der
Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20
80336 München

Name/Vorname _____

Geschlecht m ☐ w ☐ d ☐

Geburtsdatum _____

Mitglieds-Nr. _____

Voraussetzung für die verkürzten Gesundheitsangaben ist ein Vorstandsbeschluss, mit der Regelung, dass alle Beschäftigten eines Arbeitgebers die betriebliche Altersversorgung ausschließlich über die Pensionskasse einreichen.

Die Pensionskasse verzichtet in folgenden Fällen auf die Gesundheitsangaben:

Sofern Sie:

1) Barlohn in Versorgungslohn umwandeln (Entgeltumwandlung) bis zu einem Beitrag von 4 % bzw. max. 8 % der BBG* p.a.
oder

2) vom Arbeitgeber finanzierte betriebliche Altersversorgung erhalten bis zu einem Beitrag von 4 % bzw. max. 8 % der BBG* p.a.
oder

3) auf vermögenswirksame Leistungen (VL) zu Gunsten betrieblicher Altersversorgung verzichten bis zur jährlich max. möglichen Höhe der VL
und

soweit jeweils belegt werden kann, dass für alle Beschäftigten eines Arbeitgebers ein nachgewiesener Beschluss besteht, dass die betriebliche Altersversorgung ausschließlich über die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG möglich ist und sich jeweils innerhalb der unter a), b) und/oder c) genannten Beitragshöchstgrenzen bewegt.

Des Weiteren entfällt ab Vollendung des 62. Lebensjahres allgemeingültig das Erfordernis einer Gesundheitsprüfung.

Für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) sind die Gesundheitsangaben verpflichtend. Diese müssen direkt postalisch oder per E-Mail an die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG geschickt werden.

*Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung

Bitte unbedingt alle Gesundheitsfragen vollständig beantworten, da ansonsten keine Bearbeitung möglich ist!

Beantworten Sie eine Frage mit „ja“, füllen Sie bitte die zusätzlichen Angaben im Formular „Ergänzungen zu den verkürzten Gesundheitsangaben“ aus. Dieses Formular finden Sie auf Seite 5 in diesem Formular.

1) Körpergröße _____ cm Körpergewicht _____ kg

2) Waren Sie in den letzten zwei Jahren länger als zwei Wochen durchgehend aus gesundheitlichen Gründen außer Stande, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben, oder üben Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt aus? ☐ ja ☐ nein

3) Haben Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen ununterbrochen verschreibungspflichtige Medikamente erhalten, eingenommen bzw. wird die aktuelle Medikation voraussichtlich mehr als 4 Wochen andauern? (Erkältungs- bzw. Verhütungsmittel oder Vitaminpräparate müssen nicht genannt werden) ☐ ja ☐ nein

4) Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aufgrund einer der nachfolgenden Erkrankungen beraten oder behandelt:

a) Psyche (z. B. Depression, Angststörung, ADHS, chronische Schmerzstörung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch) ☐ ja ☐ nein

b) Bewegungsapparat (z. B. Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder, Rheuma) ☐ ja ☐ nein

c) Diabetes ☐ ja ☐ nein

d) Multiple Sklerose ☐ ja ☐ nein

e) Epilepsie ☐ ja ☐ nein

f) HIV-Infektion ☐ ja ☐ nein

g) chronische Erkrankung (Morbus Chron, Colitis Ulcerosa) ☐ ja ☐ nein

h) Tumorerkrankungen ☐ ja ☐ nein

i) Herz-/ Kreislauferkrankung ☐ ja ☐ nein

j) Allergien ☐ ja ☐ nein

5) Besteht ein Grad der Behinderung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wurde eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente zuerkannt bzw. ein solcher Antrag in den letzten zwei Jahren gestellt? ☐ ja ☐ nein

Allgemeine Erklärungen

Ich willige ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten von der Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden

- bei Basisrenten-Verträgen und Riesterrenten-Verträgen zur Übermittlung der Beitragsdaten an die zentrale Stelle für Altersvorsorgevermögen (ZfA).
- im Rahmen der Übersendung von Mitteilungen per E-Postbrief oder De-Mail, falls ich eines dieser Verfahren nutze.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir 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. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.
Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages **unentbehrlich**. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel **nicht möglich** sein.

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

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG

Ich willige ein, dass die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG 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 wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier **(Möglichkeit 1)** oder später im Einzelfall **(Möglichkeit 2)** erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern (Auswahl siehe Seite 3).

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 Vertragsschluss für die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antrags prüfung ein.

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

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

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.
Ich willige ein, dass die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG 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.

Sonstige Stellen sind zurzeit:

Die Liste unserer Dienstleister entnehmen Sie bitte den „Anlagen zu den Angaben zum Gesundheitszustand“ zum Code of Conduct auf Seite 4.

Die Datenschutz-Einwilligungserklärung und die Schweigepflichtentbindungs-Erklärung sind mit den Datenschutzbehörden abgestimmt.

Verkürzte Angaben zum Gesundheitszustand

Bei bestehender Vereinbarung, dass die betriebliche Altersversorgung aller Beschäftigten ausschließlich über die Pensionskasse erfolgt!

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten und kreuzen diese an:

☐ Möglichkeit 1:

Ich willige ein, dass die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG – 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 10 Jahren vor Antragstellung an die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG 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 2:

Ich wünsche, dass mich die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG 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 Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG 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.

Hinweis bei anfallenden Arztkosten (auch bei nicht Zustandekommen eines Vertragsverhältnisses):
Sollten Sie Vorerkrankungen oder kontrollbedürftige Vorsorgeuntersuchungen angekreuzt haben, werden durch die Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG von den behandelnden Ärzten Berichte angefordert. Die Kosten trägt gemäß Artikel 2 Nr. 3 der Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif der Arbeitgeber. Nur bei 100 % Eigenanteil des Arbeitnehmers trägt dieser die anfallenden Kosten selbst.

Datenschutz und Schweigepflichtentbindung

Den Abschnitt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ habe ich zur Kenntnis genommen und gebe die dortigen Erklärungen ab.

_____	_____
Datum, Ort	Unterschrift der zu versichernden Person

Angaben zu Gesundheitsfragen

Die Gesundheitsfragen sind von der versicherten Person in dieser Erklärung beantwortet worden. Versicherte Person und Versicherungsnehmer sind für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
Bitte beachten Sie auch die „Mitteilung nach § 19 Absatz 5 VVG über die Folgen der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

_____	_____
Datum, Ort	Unterschrift der zu versichernden Person

Hinweis nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Versicherungsantrag enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Jede bis zur Annahme des Antrages noch bekannt werdende oder noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist unverzüglich der Pensionskasse schriftlich anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Pensionskasse der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht; darüber hinaus geleistete Beiträge werden erstattet.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichten fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Code of Conduct

Als Versicherte und Versicherter konnten Sie schon bisher uneingeschränkt darauf vertrauen, dass die zur Vertragsbeantragung, -durchführung und Leistungserbringung notwendigen Daten ausschließlich für diesen Zweck von uns verwendet wurden. Mit dem Beitritt unseres Unternehmens zum „Code of Conduct“ haben wir dieses Vertrauensverhältnis noch einmal bekräftigt.

Der „Code of Conduct“ (kurz CoC genannt) ist ein Verhaltenskodex, der den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Versicherungswirtschaft regelt. Ziel ist es, weitgehend einheitliche Standards zu schaffen und so die Einhaltung datenschutzrechtlicher Regelungen branchenweit sicherzustellen. Der „Code of Conduct“ wurde in einem gemeinsamen Verfahren mit den Datenschutzaufsichtsbehörden, der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv) und dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) erarbeitet. Der „Code of Conduct“ soll den Versicherten die Gewissheit geben, dass Datenschutzbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung des jeweiligen Versicherungsvertrages berücksichtigt werden.

Als Versicherer benötigen wir personenbezogene Kundendaten für die Vertragsdurchführung. Der sorgsame Umgang mit den uns anvertrauten Daten ist uns ein Kernanliegen. Durch den Beitritt zum „Code of Conduct“ verpflichten wir uns, einen strengen Datenschutzstandard festzulegen und mehr Transparenz für Sie herbeizuführen.

Datenschutzgrundverordnung, Ihre Rechte als Betroffene:
- Auskunftsrecht (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Löschung „Recht auf Vergessenwerden“ (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Unterrichtung (Art. 19 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO)
- Recht auf Widerruf der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
- Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO)

Dienstleisterliste der Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG

Dienstleisterkategorie	Auftragsgegenstand
IT-Dienstleister	IT-Entwicklungs- und Wartungsdienstleistungen
Wirtschaftsprüfungsgesellschaften	Jahresabschlussprüfung und Beratung
Aktuar	Beratung, Erstellung von Gutachten und Berechnungen
Rechtsanwälte, Ombudsmann	Rechtliche Vertretung in begründeten Einzelfällen, Ombudsmannverfahren
Postdienstleister, Druckereien	Druck, Versand und Mailingaktionen
Medizinische Gutachter	Risiko- und Leistungsfallprüfung

Ergänzung zu den verkürzten Gesundheitsangaben

Bei bestehender Vereinbarung, dass die betriebliche Altersversorgung aller Beschäftigten ausschließlich über die Pensionskasse erfolgt!

Zu Punkt ____

- Welcher Arzt kann Auskunft über die Behandlung geben? _____
- Behandlung / Diagnose / Verlauf _____

Zu Punkt ____

- Welcher Arzt kann Auskunft über die Behandlung geben? _____
- Behandlung / Diagnose / Verlauf _____

Zu Punkt ____

- Welcher Arzt kann Auskunft über die Behandlung geben? _____
- Behandlung / Diagnose / Verlauf _____

Zu Punkt ____

- Welcher Arzt kann Auskunft über die Behandlung geben? _____
- Behandlung / Diagnose / Verlauf _____

Zu Punkt ____

- Welcher Arzt kann Auskunft über die Behandlung geben? _____
- Behandlung / Diagnose / Verlauf _____

Zusätzliche Angaben

- Planen Sie oder wurde Ihnen geraten zu einer Behandlung, Beratung, Operation oder Untersuchung, die innerhalb der nächsten 12 Monate erfolgen soll?

Bitte legen Sie für eine Prüfung durch unseren Vertrauensarzt geeignete Dokumente (Diagnosen, Arztbericht) mit bei.

Pensionskasse der Genossenschaftsorganisation VVaG
Herzog-Heinrich-Str. 20, 80336 München ● Telefon: 089 / 28 81 38-0 ● E-Mail: info@pkgeno.de ● Internet: www.pkgeno.de