

## Allgemeine Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Dieses Formular gilt für:

IDEAL Lebensversicherung a.G.

IDEAL Versicherung AG

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

### Angaben zur Versicherten Person

Frau

Herr

Titel

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

für die Prüfung Ihres Versicherungsfalls benötigen wir genaue Informationen über die medizinischen Hintergründe.

Damit wir Ihnen schnell ein Ergebnis mitteilen können, möchten wir medizinische Unterlagen von Ärzten, Krankenhäusern und Einrichtungen anfordern. Gesundheitsdaten sind besonders geschützt. Wir benötigen daher Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung.

**Wichtig:** Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben die Möglichkeit, Ihrer Einwilligung jederzeit zu widersprechen oder diese zu verweigern. In diesem Fall müssen Sie die Unterlagen selbst beschaffen oder können uns eine Einzelfalleinwilligung (Möglichkeit 2) erteilen. Wir prüfen die Leistung, sobald uns alle Unterlagen vorliegen.

### Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

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

#### **Möglichkeit 1: Allgemeine Einwilligung (Schnellere Prüfung, Kostenübernahme durch IDEAL)**

Ich willige ein,

dass der Versicherer – soweit es für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von seiner / ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -Verträgen aus einem Zeitraum von bis zu fünf Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an den Versicherer übermittelt werden.

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



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



## **Möglichkeit 2: Einzelfalleinwilligung (Längere Prüfung)**

Sie müssen jeder Unterlagenanforderung einzeln zustimmen. Die Leistungsprüfung kann sich dadurch verlängern.

Ich  
wünsche,

dass mich der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.



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

## **Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Außerdem kann es für unsere Leistungsprüfung notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen auch für diesen Fall Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Über die jeweilige Datenübermittlung werden Sie informiert.

Ich willige ein,

dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift versicherte Person

Die Erklärung gebe ich für die / den von mir gesetzlich vertretene(n)

Frau

Herr

Titel

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

ab, die / der die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben kann.

Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Auf unserer Internetseite unter [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz) können Sie die Informationen gemäß Artikel 13 EU-Daten - schutz grundverordnung zur Verwendung Ihrer Daten abrufen. Auf der Webseite finden Sie Informationen, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Rechte Ihnen zustehen.

Ebenfalls im Internet unter [www.idvers.de/datenschutz](http://www.idvers.de/datenschutz) abrufen können Sie die Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen.

Wir bieten Ihnen gerne an, alle Informationen per E-Mail oder per Post an Sie zu übermitteln. Wenn Sie dies wünschen, senden Sie uns bitte eine entsprechende Mitteilung an [service@ideal-versicherung.de](mailto:service@ideal-versicherung.de) oder rufen Sie uns an.

**IDEAL** Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

**IDEAL** Versicherung AG · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 24950 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Aktiengesellschaft · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

per **Post** an

**IDEAL Versicherung**  
Postfach 11 01 20  
10831 Berlin



## Ihre Rücksendemöglichkeiten

per **E-Mail** an  
[service@ideal-versicherung.de](mailto:service@ideal-versicherung.de)

per **Fax** an  
030/25 87-80

bei Rückfragen  
030/25 87-259

