

## Allgemeine Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Dieses Formular gilt	t für:			
IDEAL Lebensversicherung a.G.			IDEAL Versicher	ung AG
Versicherungsnummer		Versicherungsnummer		Versicherungsnummer
Versicherungsnummer		Versicherungsnummer		Versicherungsnummer
Angaben zur Versi	cherten Person			
Anrede		Titel	Geburtsdatum	
Frau	Herr			
Vorname(n)			Nachname	
Damit wir Ihnen sch Einrichtungen anford Schweigepflichtentb Wichtig: Ihre Einwil verweigern. In diese erteilen. Wir prüfen d Abfrage von Gesun Bitte entscheiden Si	nell ein Ergebnis mittei dern. Gesundheitsdate bindung. Iligung ist freiwillig. Sie em Fall müssen Sie die die Leistung, sobald ur adheitsdaten bei Dritte ie sich für eine der beic	ilen können, möchten w n sind besonders gescl haben die Möglichkeit,	vir medizinische Unterlahützt. Wir benötigen da Ihrer Einwilligung jede chaffen oder können utegen.  istungspflicht kreuzen Sie diese an.	edizinischen Hintergründe.  agen von Ärzten, Kranken häusern und  aher Ihre Einwilligung einschließlich einer  erzeit zu widersprechen oder diese zu  ns eine Einzelfalleinwilligung (Möglichkeit 2)
Ich willige ein,				<del></del>
dass der Versichere sowie bei Bedienste	eten von Krankenhäuse		anstalten, Pflegeheime	sundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen n, Personenversicherern, Krankenkassen,
zulässigerweise ges	speicherten Gesundhei gen und -Verträgen aus	tsdaten aus Untersuch	ungen, Beratungen und	ner / ihrer Schweigepflicht, soweit meine d Behandlungen sowie Stellung des Versicherungsantrags an den



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.

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



Sie müssen jede	r Unterlagenanforderung ei	nzeln zustimmen. Die	Leistungsprüfung kann sich dadurch verlängern.				
Ich							
wünsche,							
	ersicherer in jedem Einzelfa gt wird. Ich werde dann jewe		hen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine h				
-	owie deren Mitarbeiter von il		ch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den				
oder die erforde Leistungspflicht f	-	ງeschaffen. Mir ist bek	annt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der				
<u></u>	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							
			medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen auch für r die jeweilige Datenübermittlung werden Sie informiert.				
Ich willige e	in,						
Leistungspflicht e Versicherer zurü	erforderlich ist und meine G ick übermittelt werden. Im H	Gesundheitsdaten dort : Hinblick auf meine Gesi	Butachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den sundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten tachter von ihrer Schweigepflicht.				
Datum und Unte	erschrift versicherte Person						
	ebe ich für die / den von mir	gesetzlich vertretene(					
Anrede	_	Titel	Geburtsdatum				
Frau	Herr						
Vorname(n)			Nachname				
ab, die / der die	Tragweite dieser Einwilligur	ng nicht erkennen und	daher keine eigenen Erklärungen abgeben kann.				
Datum und Unter	erschrift des gesetzlichen Ve	ertreters					

Möglichkeit 2: Einzelfalleinwilligung (Längere Prüfung)



## Information zur Verwendung Ihrer Daten

Auf unserer Internetseite unter <u>www.idvers.de/datenschutz</u> 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 <u>www.idvers.de/datenschutz</u> 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 <u>service@ideal-versicherung.de</u> oder rufen Sie uns an.

IDEAL Lebensversicherung a.G. | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: https://www.idvers.de/Datenschutz
Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 2074 B | Ust-IDNr: DE136626832 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE36 1007 0000 0460 3031 00 | BIC: DEUTDEBBXXX
Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus

IDEAL Versicherung AG | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: https://www.idvers.de/Datenschutz

Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 24950 B | Ust-IDNr: DE814716420 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE66 1007 0000 0460 3239 00 | BIC: DEUTDEBBXXX Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus



## Ihre Rücksendemöglichkeiten

per **E-Mail** an service@ideal-versicherung.de

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

bei Rückfragen 030/25 87-259

per **Post** an

IDEAL Versicherung Postfach 11 01 20 10831 Berlin

