

Versicherungsnummer _____

Unfallschaden _____

Unfall vom _____

Versicherte Person _____

Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht in der privaten Unfallversicherung**1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die IDEAL Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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 IDEAL Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Informationen weitergegeben müssen.

☐ ja ☐ nein *) Für den Fall, dass ich bereits einen Arzt / Hausarzt oder eine sonstige Einrichtung zur Nachfrage im Aufnahmeantrag oder im Rahmen der Schadenbearbeitung benannt habe, verzichte ich für die Leistungsprüfung auf mein Widerspruchsrecht zur Datenerhebung. Von einer Eigenbeschaffung der erforderlichen Unterlagen sehe ich ab.

Ich befreie die genannten Person 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 zehn Jahren vor Stellung des Versicherungsantrags an die IDEAL Versicherung AG übermittelt werden.

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

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 IDEAL Versicherung AG 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.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die IDEAL Versicherung AG 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.

☐ *) Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung AG 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 die IDEAL Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die IDEAL Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum, Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

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

Vor- und Zuname, Geburtsdatum der versicherten Person

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

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bitte zurück an:

IDEAL Versicherung AG, Kochstr. 26, 10969 Berlin