

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

## **Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht**

### **1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die IDEAL Lebensversicherung a. G. 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 Lebensversicherung a. G. 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 Lebensversicherung a. G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang -soweit erforderlich- meine Gesundheitsdaten durch die IDEAL Lebensversicherung a. G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die IDEAL Lebensversicherung a. G. 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 Lebensversicherung 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.

### **2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die IDEAL Lebensversicherung a. G. 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 Lebensversicherung a. G. 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 Lebensversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die IDEAL Lebensversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

---

Ort, Datum, Unterschrift versicherte Person

**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 Lebensversicherung a.G., Kochstr. 26, 10969 Berlin