☐ SIGNAL IDUNA Lebensversicherung AG
☐ SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.
☐ SIGNAL IDUNA Pensionskasse Aktiengesellschaft

SIGNAL IDUNA

Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung

Gesundheitserklärung zum Antrag Nr.: _____ vom _____

Versicherungsnehmer: _____

Versicherte Person: _____

Geburtsdatum: _____

Wir benötigen aufgrund Ihrer Angaben in der o.g. Gesundheitserklärung für die Beurteilung des zu versichernden Risikos weitere Informationen. Wir beabsichtigen daher einen ärztlichen Bericht von nachfolgendem Arzt/nachfolgender Einrichtung anzufordern:
(Bitte ergänzen Sie die vollständige Adresse Arzt/Einrichtung)

Hinweis:
Bitte verwenden Sie für jeden Arzt/Einrichtung ein separates Formular.

Name (Arzt/Einrichtung): _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Sofern Sie die erforderlichen Unterlagen von dem/der o.g. Arzt/Einrichtung selbst beibringen möchten, wenden Sie sich bitte an uns. Wir werden Ihnen dann gerne den entsprechenden Fragebogen für den/die Arzt/Einrichtung zusenden.

Hinweis:
Es steht Ihnen frei, die folgende Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben, oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Sollten Sie weder die nachfolgende Einwilligung und Schweigepflichtentbindungserklärung abgeben noch die erforderlichen Gesundheitsdaten selbst beibringen, wird in der Regel die Risikoprüfung und damit der Vertragsschluss nicht möglich sein.

Ich willige ein in die Erhebung, Verwendung und Übermittlung meiner Gesundheitsdaten durch oben ausgewählte Versicherung und entbinde die Mitarbeiter hierfür von der Schweigepflicht.

Den/Die o.g. Arzt/Einrichtung und deren Mitarbeiter entbinde ich hierzu von ihrer Schweigepflicht und willige in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die oben ausgewählte Versicherung ein.

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift der versicherten Person