

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 werden 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.

ja  nein \*) Dies gilt auch für Gesundheitsdaten, die aus Unterlagen bei konsultierenden Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhoben wurden und willige in deren Verwendung zur Leistungsprüfung ein.

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 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. Soweit unser Rückversicherer, die E+S Rückversicherung AG, Karl-Wiechert-Allee 50, 30625 Hannover, die Schadenbegutachtung im Rahmen der Reservierung des Schadenfalles vornimmt, erhält auch dieser davon Kenntnis.

\*) 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