

Bitte zurück an:

IDEAL Lebensversicherung a. G.
Service- und Kompetenzzentrum
Kochstraße 26

10969 Berlin

Entbindung von der Schweigepflicht

Versicherung Nr. _____
Versicherungsnehmer _____
Versicherte Person _____
Geburtsdatum _____

Bei Antragstellung habe ich folgende Erklärung abgegeben.

Zum Zweck der Risiko- bzw. Leistungsprüfung befreie ich hiermit (jederzeit widerrufbar) folgende Personen und Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der IDEAL Lebensversicherung a.G die für die Risiko- und Leistungsprüfung erforderlichen Auskünfte zu erteilen:

- Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen ich in Behandlung, Beratung oder Pflege war (vor Antragsannahme) oder sein werde, Sozialversicherungsträger unter Befreiung von den Beschränkungen der §§ 35 SGB I, 67ff SGB X,
- Angehörige der von mir angegebenen Unfall, Kranken- und Lebensversicherer, bei denen ich innerhalb der letzten 5 Jahre versichert war, noch bin oder bei denen ich einen Antrag auf Versicherung gestellt habe oder hatte, einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten.

Die Angehörigen der IDEAL Lebensversicherung a.G selbst entbinde ich von der Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- bzw. Leistungsprüfung an ihre beratende, externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis zu 10 Jahren (bei Arglist und Vorsatz) und 5 Jahren (bei grober Fahrlässigkeit) nach Vertragsschluss für die Risikoprüfung; sowie im Leistungsfall auch über meinen Tod hinaus.

**Im Rahmen dieser Entbindung von der Schweigepflicht ermächtige ich _____
der IDEAL Lebensversicherung a.G die angeforderten Auskünfte zu erteilen.**

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherte Person

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer
