

Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/-in

zum Antrag vom

Versicherungsnummer (falls vorhanden)

Freiwillig auszufüllende Antragsbestandteile sind durch * gekennzeichnet

D-Z2042/10.17/tz

Zusätzlich zum Antrag erhalten Sie eine Einwilligungserklärung im Einzelfall. Die Antragsbearbeitung kann durch die Entbindung der Schweigepflicht mittels dieser Erklärung beschleunigt werden.

Einwilligungserklärung im Einzelfall

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrags ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die Delta Direkt benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wenn Sie in Ihrem Versicherungsantrag die Delta Direkt generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der Delta Direkt trotzdem vor jeder Datenerhebung unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck Daten erhoben werden sollen und Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie widersprechen können. Damit Ihnen ein Widerspruch möglich ist, wird Ihnen von der Delta Direkt eine Widerspruchsfrist eingeräumt. Wenn Sie diese Frist verkürzen wollen, können Sie zusätzlich nachfolgende Einzelfalleinwilligung für die Datenerhebung bei konkreten Ärzten oder Einrichtungen erteilen. In diesem Fall kann die Delta Direkt direkt mit den Ärzten oder Einrichtungen in Verbindung treten, ohne Ihnen eine gesonderte Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen. Dies führt zu einer Beschleunigung der Antragsprüfung. Die Abgabe dieser Erklärung für Sie ist freiwillig. Wenn Sie diese nicht abgeben wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile, außer dass die Antragsbearbeitung unter Umständen länger dauert. Sie können die Erklärung auch jederzeit gegenüber der Delta Direkt Lebensversicherung AG München, Ottostrasse 16, 80333 München widerrufen.

Bitte ausfüllen:

Ich willige ein, dass die Delta Direkt – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, direkt bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet:

Name des Arztes oder der Einrichtung	ggf. Name des weiteren Arztes oder der Einrichtung
Adresse	Adresse
PLZ und Ort	PLZ und Ort

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von 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 Antragstellung an die Delta Direkt übermittelt werden.

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

Ort, Datum	Unterschrift Versicherte Person X
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) X
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter X