

Ärztliches Zeugnis

Versicherte Person w m Name _____

Straße _____ Haus-Nr. _____

Geburtsdatum Tag Monat Jahr Nationalität Länderkennz.

Beruf _____
Bei Studenten gilt hier das angestrebte Berufsziel und bei Auszubildenden der Ausbildungsberuf.

Versicherungs-Nr.: _____

Vorname _____

PLZ Ort _____

Tel.-Nr. _____

E-Mail _____

Ausgewiesen durch:
 gültiger Personalausweis gültiger Reisepass Führerschein Ausweis-Nr. _____

Ausweis gültig bis Tag Monat Jahr Ausstellende Behörde _____

Untersuchungs-auftrag

Bitte führen Sie diese Untersuchung nicht durch, sofern Sie mit dem/der zu Untersuchenden verwandt oder verschwägert sind

Zur Risikobeurteilung ist eine Untersuchung mit HIV-Antikörper-Test gem. diesem Formular erforderlich. Für die Untersuchung vergüten wir ein Honorar in Höhe von **191,93 EUR** (einschl. Umsatzsteuer).

Weiterhin bitten wir, folgende Zusatzuntersuchungen gegen **gesonderte Kostenrechnung gemäß GOÄ** durchzuführen (EKG oder Herzinsuffizienzmarker (NT-pro BNP Wert) und Labor): Erythrozyten, Hämoglobin, Leukozyten, Thrombozyten, Cholesterin, HDL+LDL, Triglyceride, HbA1c, CRP, GPT und GGT, GOT, Kreatinin und Harnsäure.

Für Berufsunfähigkeitsanträge ab einer Jahresrente von 36.001EUR - 60.000EUR sowie Risiko-Lebensversicherungsanträge ab 500.001EUR - 1.000.000EUR Versicherungssumme gilt:

bis Eintrittsalter 50 Jahre: NT-ProBNP Wert

ab Eintrittsalter 51 Jahre: 12-Kanal-Ergometrie einschließlich Ruhe-EKG unter mindestens submaximaler Belastung; bitte fügen Sie die EKG-Streifen mit allen Ableitungen und Befundung bei.

Für Berufsunfähigkeitsanträge ab einer Jahresrente von 60.001EUR sowie Risiko-Lebensversicherungsanträge ab einer Versicherungssumme von 1.000.001EUR gilt: 12-Kanal-Ergometrie einschließlich Ruhe-EKG unter mindestens submaximaler Belastung; bitte fügen Sie die EKG-Streifen mit allen Ableitungen und Befundung bei.

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen: Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden. **Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in den §§16 ff. VersVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf den folgenden Seiten des Dokuments.**

I. Erklärung vor dem Arzt

Jede Frage ist von der Ärztin/dem Arzt einzeln zu stellen und mit ja oder nein zu beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen. Möglichst genaue und vollständige Angaben ersparen weitere Rückfragen und führen zu einer schnelleren Annahmementscheidung.

<p>1. Sind Sie bei Beruf, Sport oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit Gefahrenstoffen, Chemikalien, üben Sie Luftsport, Motorsport, Tauchsport, Bergsport, Kampfsport, Wassersport oder Reitsport aus), oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb Europas, der länger als 3 Monate dauern wird?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Bitte machen Sie nähere Angaben:</p>	
<p>2. Sind nach Ihrer Kenntnis bei Ihren leiblichen Verwandten (Großeltern, Eltern, Geschwister) vor Erreichen deren 60. Lebensjahres die folgenden Erkrankungen aufgetreten: Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall, TIA, Krebserkrankungen, familiäre Polyposis, polyzystische Nierenerkrankung, Hämophilie, Thalassämie, Thrombophilie, Zystische Fibrose, Alzheimer, Parkinson, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, ALS, Muskeldystrophie?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? (bitte nennen Sie nur Art und Anzahl der Erkrankungen)</p>	
<p>3. Bestanden in den letzten 10 Jahren oder bestehen bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (bitte unterstreichen Sie das Zutreffende bei den Einzelangaben und erläutern Sie diese näher)</p>	
<p>a. <u>des Herzens, der Gefäße oder der Kreislauforgane</u>, zum Beispiel Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Angina Pectoris?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Name / Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?</p>	
<p>b. <u>der Atmungsorgane</u>, zum Beispiel Tuberkulose, Rippenfellentzündungen, wiederholte und chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, Schlafapnoe, Entzündungen der Nebenhöhlen, Heuschnupfen/Allergie?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche? Wann? Wie oft? Name / Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?</p>	

4.	Haben Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Wenn ja, welche? Wann? Folgen? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5.	Werden oder wurden in den letzten 10 Jahren regelmäßig (das heißt täglich oder über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen) apothekenpflichtige Medikamente, auch Herzmittel, blutzucker-, blutdruck- oder harnsäure-senkende Mittel, Schlaf- oder Aufputzmittel eingenommen? Welche? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.	Nahmen Sie in den letzten 10 Jahren oder nehmen Sie Drogen, Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? Falls ja, welche, wann, wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7.	Nahmen Sie in den letzten 10 Jahren oder nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt? Falls ja, in welchem Umfang, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8.	Wurde in den letzten 10 Jahren ein Selbsttötungsversuch unternommen? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nikotin konsumiert, zum Beispiel, Zigarette, Zigarre, Pfeife, e-Zigarette, e-Pfeife? Hierzu zählt auch das einmalige Konsumieren in den letzten 12 Monaten. Falls ja, was und wieviel täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10.	Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WdB), eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder wurde eine solche beantragt? Weshalb? Bitte legen Sie uns eine Kopie des Anerkennungsbescheides bei.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11.	Waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 14 Tage zusammenhängend arbeitsunfähig? Wann? Weshalb? Dauer? Bitte Arzt angeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12.	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert oder stationär behandelt (dazu zählen auch Kur-/Reha-Aufenthalte, Entzugsbehandlungen, Strahlen- oder Chemotherapie)? Oder sind solche Maßnahmen ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Wenn ja, wann? Weshalb? Befund? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13.	Wurden bei Ihnen in letzten 10 Jahren diagnostische Untersuchungen durchgeführt? Zum Beispiel Röntgen, Szintigraphie, Magnetresonanz, MRT/Kernspin, Computertomographie CT, Ultraschall, EKG, Echokardiographie, Dopplersonographie. Wenn ja, wann? Welche? Ergebnis? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser? Bitte Befundbericht beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14.	Wurden in den letzten 10 Jahren Laboruntersuchungen durchgeführt? Wann? Weshalb? Ergebnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver AIDS-Test) festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15.	Sind Sie von anderen Ärzten, Heilpraktikern, Psychologen, Psychotherapeuten oder Personen anderer Gesundheitsberufe, außer den hier genannten, innerhalb der letzten 5 Jahre, untersucht, beraten oder behandelt worden? Wenn ja, wann? Weshalb? Befund? Name/Anschrift der behandelnden Ärzte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Name/Anschrift?			
Wann und weshalb haben Sie den Arzt in Anspruch genommen?			
	Bitte nur beantworten, wenn eine Todesfallleistung von mehr als 300.000 Euro oder eine jährliche BU-/EU-Rente von mehr als 30.000 Euro vereinbart wird: Wurde in der Vergangenheit ein Gentest durchgeführt? Falls ja, bitte machen Sie keine näheren Angaben. Wir setzen uns diesbezüglich mit Ihnen in Verbindung.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Erklärungen Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Wir bitten Sie, sich von dem untersuchenden Arzt über die besondere Bedeutung des HIV-Testes aufklären zu lassen und gleichzeitig mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung des Tests sowie zur Weitergabe des Testergebnisses ausschließlich an unsere medizinische Fachabteilung zu erklären.

Ort/Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person  bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter _____

Unterschrift des Arztes  _____

Teil II: Untersuchungsbefund

Haben Sie die zu versichernde Person bereits ärztlich untersucht,
beraten oder behandelt?

ja nein

Falls ja, wann und weshalb, bitte senden Sie uns ggf. vorliegende
Befunde zur kurzen Einsichtnahme zu

1. Größe und Gewicht

Größe  cm
Gewicht  kg
Bauchumfang  cm

2. Herz-Kreislauf

a. Blutdruck und Puls
in Ruhe

Blutdruck  mmHg Puls  min

nach Belastung:

Blutdruck  mmHg Puls  min

Art und Dauer der Belastung:

b. Ist der Puls in Ruhe und nach Belastung gleich- und regelmäßig?

ja nein

Bei Abweichung: Erläuterung, Beschreibung, Ursache

Bei Extrasystolen:

Wie viele in der Minute? In Ruhe oder bei Belastung?

c. Besteht perkutorisch ein Anhalt für eine Herzvergrößerung?

ja nein

Ausmaß?

d. Sind die Herztöne rein und normal betont?

ja nein

e. Bestehen Geräusche?
Welche? Wo?

ja nein

f. Sind die Geräusche organisch?

ja nein

g. Bestehen Insuffizienz- oder Dekompensationserscheinungen?

ja nein

Wenn ja, welche? (Atemnot, Zyanose, Ödeme)

h. Sind Krampfadern vorhanden?

ja nein

Wenn ja, wo? Stärke, Ausdehnung, Geschwüre?

i. Können Sie noch zusätzliche Angaben über Herz-Kreislauf machen?

ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

3. Skelett- und Bewegungsapparat

a. Sind Veränderungen wie z.B. Skoliose, Trichterbrust, Fehlstellungen,
Bewegungseinschränkungen, fehlende Gliedmaßen, Beinverkür-
zung, Muskelatrophien oder eine ausgeprägte Varus-/Valgusfehl-
stellung erkennbar?

ja nein

b. Sind Schürzengriff, Nackengriff, Einbeinstand, Zehen- und Hacken-
gang sowie eine Kniebeuge ohne Beschwerden möglich?

ja nein

c. Wie groß ist der Finger-Boden-Abstand
bei maximaler Vornüberbeugung?

 cm

4. Haut

Sind Hautveränderungen, wie z.B. Neurodermitis, Psoriasis,
Ekzem oder suspekter Nävi erkennbar?

ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

5. Sinnesorgane

Sind Auffälligkeiten wie z.B. Schwerhörigkeit, Gesichtsfeldeinschränkun-
gen, oder trotz Korrektur eingeschränktes Sehvermögen erkennbar?

ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

6. Nervensystem

Sind neurologische Störungen wie z.B. Ataxie, Koordinationsstörungen,
Lähmungen, Merkstörungen oder Sprachauffälligkeiten erkennbar?
Liegen Sensibilitätsstörungen vor?

ja nein

Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?

Zutreffendes
bitte ankreuzen

Bei Abweichungen vom Normalbefund bitte nähere Erläuterung,
Beschreibung der Abweichung, falls erkennbar, Ursache

7. Psyche Sind psychische Auffälligkeiten erkennbar wie z.B. unangemessene Stimmungslage, Tics, sonstige Verhaltensauffälligkeiten oder gibt es Hinweise auf aktuelle Belastungssituationen oder Konflikte? Wenn ja, welche Beschwerden/Befunde liegen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Atmungsorgane a. Besteht Heiserkeit? Husten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b. pathologischer Befund bei Perkussion und Auskultation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Verdauungsorgane und Abdomen a. Finden Sie einen auffälligen Befund bei der Untersuchung des Mund-/Rachenraums oder des Bauchs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b. bestehen Resistenzen, Leber-/Milzvergrößerungen oder Hernien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
10. Bitte führen Sie eine aktuelle Harnuntersuchung durch. Ist der Urin auffällig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Sonstige Auffälligkeiten: Haben Sie bei der Untersuchung andere Auffälligkeiten festgestellt wie z.B. ausgedehnte Narben, asymmetrische Pupillen, suspekta Lymphknotenschwellungen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12. Halten Sie weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen für erforderlich? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
13. HIV-Antikörper-Test Ergebnis: _____ Durchgeführt am: _____ Tag Monat Jahr		

Bemerkungen

Haben Sie dem Patienten Befunde mitgeteilt?

ja nein

Falls ja, welche?

Die Untersuchung fand statt am

_____ um _____ Uhr
Tag Monat Jahr

in meinen Praxisräumen

in der Wohnung der untersuchten Person

Wir bitten Sie höflich, sich nicht über die Versicherungsfähigkeit zu äußern, da für die Risikobeurteilung auch andere Gesichtspunkte als das Ergebnis der Untersuchung maßgebend sind.

Ort/Datum _____

Unterschrift
des Arztes

X

Honorar/
Liquidation

Untersuchungsbericht (einschl. Umsatzsteuer): 182,10 EUR

HIV-Test _____ EUR

Labor _____ EUR

EKG _____ EUR

Liquidation _____ EUR

Das Honorar bitte ich zu überweisen an:

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HDI Lebensversicherung AG, Dresdner Straße 91, 1200 Wien schriftlich nachzuholen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Wir werden Sie und die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung ausdrücklich bitten, uns verbindlich zu bestätigen, dass die von uns in Bezug auf den Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und uns etwaige Änderungen mitzuteilen.

Mitteilung nach §§16ff. VersVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bei Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Haben Sie einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt, so geben Sie mit der Unterzeichnung des Antragsformulars und dessen Weiterleitung an uns Ihre Vertragserklärung ab.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie ohne Verschulden gehandelt haben.

Bei Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

2. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

3. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

4. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht schuldhaft verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Verschulden zur Last fällt.

Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und zum Gentechnikgesetz

I. Erklärungen zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

Mit den nachfolgenden Erklärungen ermöglichen Sie eine Datenverwendung solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 122 Strafgesetzbuch unterliegen. Die Schweigepflichtentbindungserklärungen nach Ziffer 1 a) und b) sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Die Einwilligungserklärungen unter Ziffer 1 c) und 2 sind zur Bearbeitung Ihrer Anfrage bzw. zur Durchführung Ihres Vertrages erforderlich.

1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

Mir ist bekannt, dass meine vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft werden, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Derzeit hat die HDI Lebensversicherung AG diese Prüfung auf die mit ihr konzernrechtlich verbundene Gesellschaft HDI Kundenservice AG übertragen. Da eine unmittelbare Überprüfung meiner Angaben aufgrund einer Schweigepflichtentbindung bei sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseuren oder Krankengymnasten) nicht möglich ist, werden diese Informationen bei mir unmittelbar angefordert. In diesem Zusammenhang gebe ich die folgende Erklärung ab:

- Zum Zweck der Risikobeurteilung durch den Versicherer bzw. durch solche Personen oder Gesellschaften, auf die der Versicherer die Aufgabe der Risikobeurteilung überträgt, befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.
- Ergeben sich nach Vertragsabschluss konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahre nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
- Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass meine Angaben geprüft werden, die ich zur Begründung von Ansprüchen mache oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Da eine unmittelbare Überprüfung aufgrund einer Schweigepflichtentbindung bei sonstigen Behandlern (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseuren oder Krankengymnasten) nicht möglich ist, werden diese Informationen bei mir unmittelbar angefordert. In diesem Zusammenhang gebe ich die folgende Erklärung ab:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht durch den Versicherer bzw. durch solche Personen und Gesellschaften, auf die der Versicherer die Prüfung der Leistungspflicht überträgt, befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.
- Der Versicherer wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.
- Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch den Versicherer bzw. durch solche Personen oder Gesellschaften, denen der Versicherer diese Aufgabe überträgt, ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer I. 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung auch verwendet werden dürfen

- a) zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die HDI Lebensversicherung AG.
- b) zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- c) zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- d) durch andere Gesellschaften/Personen innerhalb und außerhalb des Talanx-Konzerns, denen der Versicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten. Derzeit hat unsere Gesellschaft die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung der HDI Kundenservice AG übertragen.
- e) Im Rahmen der Vertriebsunterstützung dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht. Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

II. Erklärung für mitversicherte Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Informationen zu genetischen Untersuchungen im Rahmen des Gentechnikgesetzes (GTG)

Gem. § 67 GTG sind wir weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrages befugt, von der versicherten Person die Vornahme von genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 zu verlangen.

Ebenso wenig dürfen wir gem. § 67 GTG die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen des Typs 2, 3 oder 4 zu verlangen oder solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwerten.

Das GTG hat jedoch keinen Einfluss auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten gem. §§ 16 ff. VersVG. Es besteht daher eine Auskunftspflicht über bestehende Erkrankungen oder Vorerkrankungen auch dann, wenn im Rahmen der Diagnosestellung ein Gentest eingesetzt wurde.