

Postanschrift

Entis Lebensversicherung AG
Postfach 102411
68024 Mannheim
Deutschland

Ihr Ansprechpartner:

Bereich Claims
Telefon: +49 (0)40 219 95 28 03
E-Mail: claims@entis-lv.de

Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Sehr geehrte/r Kunde/in,

damit wir den Leistungsantrag prüfen können, brauchen wir nähere Auskünfte und Unterlagen von Ihnen.

Bitte füllen Sie den beigefügten "*Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit*" möglichst genau aus.

Zusätzlich benötigen wir noch die von Ihnen unterschriebene "*Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung*" zurück.

Wichtig:

Bitte entscheiden Sie sich auf dem beigefügten Vordruck für **EINE** der beiden Möglichkeiten.

Außerdem benötigen wir folgende Unterlagen:

- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Kopie der ersten 3 Seiten des Rentenbescheids (sofern vorhanden)
- Spezielle Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für den gesetzlichen Rentenversicherungsträger
- Unterlagen über einen Unfall (sofern vorhanden)
- eine in Bild und Schrift gut erkennbare, gültige und bestätigte Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite)

Die Bestätigung mit Datum, Unterschrift und dem Vermerk "Original lag vor" kann durch die Hausbank, einen Rechtsanwalt oder Steuerberater vorgenommen werden.

Wenn die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse nicht aus dem Dokument hervorgeht (z.B. Reisepass) oder es sich um einen ausländischen Wohnsitz handelt, benötigen wir zusätzlich einen aktuellen Nachweis, wie z.B. Mobilfunkrechnung, Stromrechnung oder lokale Meldebescheinigung, aus dem die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse hervorgeht. Aufgrund der geltenden geldwäscherechtlichen Anforderungen sind wir verpflichtet, Sie zu identifizieren und Ihre Identität zu überprüfen.

Nach § 8 Abs. 2 des Geldwäschegesetzes sind Lebensversicherungsunternehmen berechtigt und verpflichtet vollständige Ausweiskopien einzuholen und zu archivieren.

- Ihre Steueridentifikationsnummer

Für Ihren besseren Überblick haben wir eine Checkliste erstellt. Bitte kreuzen Sie einfach an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben und nutzen Sie das Blatt für die Zusendung.

Aus rechtlichen Gründen noch folgender Hinweis:

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind von Ihnen Auskunfts- oder Aufklärungspflichten zu erfüllen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unsere beiliegende Mitteilung nach §28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung dieser Pflichten.

Soweit es für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, werden wir die von der Schweigepflicht entbundenen Personen und Institutionen befragen.

Sind Sie damit nicht einverstanden, können Sie uns die erforderlichen Informationen selbst zur Verfügung stellen. Bitte bedenken Sie dabei aber, dass keine Leistungen fällig werden können, solange uns die für die Prüfung notwendigen Unterlagen fehlen.

Bitte zahlen Sie die Beiträge zunächst weiter. Gegebenenfalls zu viel gezahlte Beiträge werden wir im Leistungsfall selbstverständlich erstatten.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Entis Lebensversicherung AG

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall

Sehr geehrte/r Kunde/in,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten/Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und in einer angemessenen Frist jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns in einer angemessenen Frist Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertraglichen Leistungen nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Bitte zurücksenden an:

Entis Lebensversicherung AG
Bereich Claims
Postfach 102411
68024 Mannheim

Leistungsantrag Erwerbsunfähigkeit

Versicherungs-Nr. _____

Versicherte Person:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit
- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Kopie der ersten 3 Seiten des Rentenbescheides
- Spezielle Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für den gesetzlichen Rentenversicherungsträger
- Unterlagen über einen Unfall
- eine bestätigte Kopie Ihres Personalausweises/Reisepasses
- Ihre Steueridentifikationsnummer
- sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Informationen zum Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Sie erleichtern uns die Bearbeitung Ihres Antrags, wenn Sie bei der Beantwortung der Fragen folgende Punkte beachten:

1. Ausfüllen des Fragebogens

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu. Dadurch tragen Sie zu einer raschen Regulierung bei und helfen, unnötige Rückfragen zu vermeiden.

2. Anschriften

Geben Sie bitte die Anschriften (Ärzte, Krankenhäuser, Polizeidienststelle, Staatsanwaltschaft, Arbeitgeber usw.) immer **vollständig** an.

3. Frage 5: In welchem Umfang sind Sie in der Ausübung Ihrer Tätigkeit eingeschränkt?

Bitte schildern Sie uns die Art und den Umfang Ihrer Einschränkungen **ausführlich**.

4. Frage 11: Welche berufliche Tätigkeit üben Sie heute noch aus?

Bitte geben Sie bei dieser Frage an, ob Sie derzeit eine andere Tätigkeit ausüben. Bitte beschreiben Sie diese Tätigkeit und die Unterschiede ausführlich.

Bitte zurücksenden an:

Entis Lebensversicherung AG
 Bereich Claims
 Postfach 102411
 68024 Mannheim

Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit

Versicherungs-Nr.: _____

Versicherte Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

I. ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Ab welchem Zeitpunkt machen Sie Leistungsansprüche geltend? Ab dem _____

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen sind Sie in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?

| Gesundheitsstörung | von Monat/Jahr | bis Monat/Jahr |
|--------------------|----------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2. Hat ein Unfall zu den Gesundheitsstörungen geführt? Ja nein

| Wenn ja, machen Sie hier bitte weitere Angaben zum Unfall | |
|---|--|
| Wann ereignete sich der Unfall? | |
| Wo ereignete sich der Unfall? | |
| Welche Polizeidienststelle ist zuständig? | |
| Wie lautet das Aktenzeichen? | |

Bitte schildern Sie den Unfallhergang auf einem gesonderten Blatt.

3. Von wem werden bzw. wurden Sie untersucht, beraten oder behandelt?

| Name, Vorname | Anschrift (PLZ, Ort, Straße) | Fachgebiet | Behandlungszeit- raum |
|--------------------|---------------------------------|------------|--------------------------|
| Hausarzt | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fachärzte | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Therapeuten | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Kliniken | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Welcher der oben genannten Ärzte kann uns am besten über Ihren Gesundheitszustand informieren?

4. Welche Untersuchungen, Behandlungen, Therapien etc. sind noch geplant?

| Untersuchungen, Behandlungen, Therapien | Zeitraum | Name und Anschrift |
|---|----------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5. Sind oder waren Sie arbeitsunfähig krankgeschrieben?

| Wenn ja, | |
|------------------------------------|--|
| Beginn/Ende der Arbeitsunfähigkeit | Attestiert durch (Name und Anschrift des Arztes) |
| | |
| | |
| | |

In welchem Umfang sind Sie in der Ausübung Ihrer Tätigkeit eingeschränkt? Bitte schildern Sie uns die Art und den Umfang Ihrer Einschränkungen.

Wurden seitens Ihres Arbeitgebers Maßnahmen bezüglich des betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) durchgeführt?

| Wenn ja, | |
|---|-----------------------|
| Wenn ja, welche Maßnahmen, von wann bis wann? | Mit welchem Ergebnis? |
| | |
| Wenn nein, Gründe hierfür? | |
| | |

II. ANGABEN ZUM BERUF UND BERUFLICHEN WERDEGANG
(Bitte unbedingt entsprechende Nachweise beifügen.)

6. Welche Schulausbildung haben Sie wann abgeschlossen? Bitte ankreuzen.

| Schule | Datum | Schule | Datum |
|--------------------------------------|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> keine | | <input type="checkbox"/> Fachoberschule | |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | | <input type="checkbox"/> Abitur | |
| <input type="checkbox"/> Realschule | | <input type="checkbox"/> | |

7. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht? Bitte ankreuzen.

| Berufsausbildung | Beruf | Beginn | Ende | Erfolgreicher Abschluss |
|---|-------|--------|------|---|
| <input type="checkbox"/> keine | | | | |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Ausbildung | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Meisterprüfung | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kaufmannsgehilfenbrief | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Studium | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

8. Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?
Bitte schildern Sie den beruflichen Werdegang in zeitlicher Reihenfolge.

| berufliche Tätigkeiten | von | bis | Arbeitgeber (Name und Anschrift) |
|------------------------|-----|-----|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. Haben Sie an Weiterbildungen teilgenommen oder sich sonstige Fähigkeiten/Kenntnisse angeeignet (z. B. Computerkurs)? Ja nein

| Art der Weiterbildung/Qualifikation | von | bis |
|-------------------------------------|-----|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

10. An welchen Wochentagen haben Sie regelmäßig gearbeitet?

| Wochentag | Stunden | Schicht | Uhrzeit von - bis |
|------------|---------|---|-------------------|
| Montag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Dienstag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Mittwoch | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Donnerstag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Freitag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Samstag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Sonntag | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

11. Üben Sie aktuell eine berufliche Tätigkeit aus? ja nein

| Wenn ja, schildern Sie uns bitte die Art und den Umfang Ihrer jetzigen Tätigkeit | |
|---|---|
| Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus? | |
| Erfolgte der Tätigkeitswechsel aufgrund der bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Inwiefern unterscheidet sich Ihre jetzige Tätigkeit von Ihrer zuletzt in gesunden Tagen ausgeübten Tätigkeit? | |

12. Beabsichtigen Sie wieder eine Tätigkeit aufzunehmen? ja nein

| Wenn ja, ... | |
|-------------------------|---|
| wann? | Datum: _____ |
| welche? | <input type="checkbox"/> die ursprüngliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> _____ |
| zeitlicher Umfang? | _____ Stunden pro Tag / _____ Stunden pro Woche |
| an welchen Wochentagen? | <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag |

13. Ist eine Umschulung oder eine andere Berufsfördermaßnahme vorgesehen? ja nein

| Maßnahme | Beginn | Ende | Qualifikation/neuer Beruf | Kostenträger |
|------------|--------|------|---------------------------|--------------|
| Schule | | | | |
| Studium | | | | |
| Umschulung | | | | |
| Lehrgang | | | | |
| sonstige | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bitte fügen Sie Kopien entsprechender Kopien des Kostenträgers bei.

14. Ist eine Wiedereingliederung geplant oder hat eine stattgefunden? ja nein

| Wenn ja: | | |
|----------|-----|--------------------|
| von | bis | Anzahl der Stunden |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Bitte fügen Sie eine Kopie des Wiedereingliederungsplans bei.

III. RAUCHVERHALTEN

15. Sind/Waren Sie Raucher? ja nein

| Wenn ja: | |
|------------------------|-----------------------|
| seit wann rauchen Sie? | bis Nichtraucher seit |
| | |

VI. ANGABEN ZUM WEITEREN VERSICHERUNGSSCHUTZ

16. Bestehen für Sie auch noch bei anderen Versicherungsunternehmen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-/ Erwerbsminderungsversicherungen?

Haben Sie dort bereits einen Leistungsantrag gestellt? ja nein

| Versicherungsunternehmen | Anschrift | Versicherungsnummer |
|--------------------------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

17. Haben Sie grundsätzlich Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente bei der Sozialversicherung (Deutsche Rentenvers. Bund (BfA), LVA ...)? ja nein

| Wenn ja: | | |
|--|-------------------------------|---|
| Beziehen Sie Rente von der Sozialversicherung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Bitte alle Rentenbescheide und letzten Anpassungsbescheid vollständig beifügen! |
| Haben Sie Rente beantragt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, beantragt am _____ |
| Werden Sie Rente beantragen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, weil _____ |
| Wurde Ihr Rentenanspruch abgelehnt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am _____ Bitte schicken Sie uns eine Kopie vom Ablehnungsbescheid. |
| Haben Sie einen Widerspruch erhoben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am _____ |

| Rentenversicherung | Anschrift | Versicherungsnummer |
|--------------------|-----------|---------------------|
| | | |

18. Haben Sie Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) beantragt? ja nein

| Berufsgenossenschaft | Anschrift | Versicherungsnummer |
|----------------------|-----------|---------------------|
| | | |

19. Wo waren Sie in den letzten 10 Jahren krankenversichert?

| Krankenkasse | Anschrift | Versicherungsnummer |
|--------------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Ich bin tagsüber telefonisch erreichbar:

privat _____ geschäftlich _____

Die Leistungen sollen überwiesen werden:

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Steueridentifikations-Nr. : _____

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen. Dieser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen tritt stets auch in dem Fall ein, dass die bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben für die Entis Lebensversicherung AG keine nachteiligen Folgen haben, und zwar unabhängig von der Lage des Einzelfalls.

Ich willige ferner ein, dass die Entis Lebensversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die ihr im Rahmen der Prüfung der Ansprüche wegen Erwerbsunfähigkeit bekannt werden, an ihre beratenden Ärzte, Rehabilitationspartner und Gesellschaften sowie Rückversicherer zur Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit weitergibt.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Jetzt haben Sie es fast geschafft!

Bitte entscheiden Sie sich noch auf der nächsten Seite für EINE Art der "Entbindung von der Schweigepflicht" und denken Sie daran, diese zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Leistungsfall Erwerbsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Entis Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Entis Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Entis Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Entis Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

Ich wünsche, dass mich die

Entis Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Entis Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Entis Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Entis Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Leistungsfall Erwerbsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Dieses Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Entis Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit gebe ich folgende Erklärung ab:

Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die

Entis Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Entis Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Entis Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

Ich wünsche, dass mich die

Entis Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Entis Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Entis Lebensversicherung AG einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Entis Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Leistungsfall Erwerbsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für den gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Ich willige ein, dass die

Entis Lebensversicherung AG

zur Prüfung meines Anspruchs auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit meine Gesundheitsdaten bei der

erhebt und die Deutsche Rentenversicherung _____ gemäß § 67 b SGB X Auskünfte darüber erteilt, ob und wie über meinen Rentenantrag entschieden wurde, welche Rentenart ab wann gezahlt wird und ob Nachprüfungen, Rehabilitations-, Umschulungs- oder andere berufsfördernde Maßnahmen geplant sind bzw. durchgeführt wurden und mit welchem Ergebnis.

Ich befreie die Deutsche Rentenversicherung _____ und deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Entis Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Entis Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Hinweis:

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Entis Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Leistungsfall Erwerbsunfähigkeit Versicherungs-Nr.: _____

Zu unterschreiben von der versicherten Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für den gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Dieses Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt

Ich willige ein, dass die

Entis Lebensversicherung AG

zur Prüfung meines Anspruchs auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit meine Gesundheitsdaten bei der

erhebt und die Deutsche Rentenversicherung _____ gemäß § 67 b SGB X Auskünfte darüber erteilt, ob und wie über meinen Rentenantrag entschieden wurde, welche Rentenart ab wann gezahlt wird und ob Nachprüfungen, Rehabilitations-, Umschulungs- oder andere berufsfördernde Maßnahmen geplant sind bzw. durchgeführt wurden und mit welchem Ergebnis.

Ich befreie die Deutsche Rentenversicherung _____ und deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Entis Lebensversicherung AG übermittelt werden.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Entis Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Hinweis:

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Entis Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person