

**Zum Antrag auf Unfallversicherung
Einwilligung und Schweigepflicht-
entbindungserklärung für die Abfrage
von Gesundheitsdaten bei Dritten**

Osterstraße 15
26122 Oldenburg
Telefon: 0441 - 92 36-0
Telefax: 0441 - 92 36-55 55
E-Mail: kontakt@g-v-o.de
Internet: www.g-v-o.de



vermittelt durch:

<input type="checkbox"/> Neuantrag	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag zu VS.-Nr.:	Vermittler-Nr.:	
Antragsteller		Geburtsdatum:	
Zuname, Vorname, Firma:		Staatsangehörigkeit:	
Straße, Haus-Nr.:		Beruf:	
Postleitzahl, Ort:		Telefon:	
E-Mail:		Telefax:	

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikoprüfung bei Antragsstellung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrages ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG 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.

Ich willige ein dass die GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG – 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, bei (konkrete Angabe) erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet.

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 GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG übermittelt werden.

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

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller / oder mit zu versichernde Person

Ort, Datum, Unterschrift gesetzlich vertretene Person
(bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters