# FP 014 Einwilligung: Verstorbene/r

**Lebensversicherung**

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass [selskabets navn] im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Auszahlung nach [afdødes navn og CPR-nr.] die Angaben zu [afdødes navn og CPR-nr.] *einholen, verwenden und weitergeben* darf, die für die Bearbeitung meines Antrags durch die Gesellschaft relevant sind.

[Selskabets navn] darf in diesem Zusammenhang Angaben zur Identifikation von [afdødes navn] (z. B. Pkz.-Nr.) und relevante Angaben zum Versicherungsfall und der Gesundheit von [afdødes navn] an die Stellen weitergeben, von denen die Gesellschaft Angaben einholt. [Selskabets navn] präzisiert den Stellen gegenüber, von denen Angaben eingeholt werden, welche Angaben relevant sind.

***Von welchen Stellen können Angaben eingeholt werden?***

[Selskabets navn] kann mit dieser Einwilligung binnen eines Jahres ab dem Datum meiner Unterschrift relevante Angaben von den folgenden Stellen einholen:

* Arzt des Verstorbenen.
* Öffentliche und private Krankenhäuser, Kliniken, Zentren und Labors.
* Fachärzte, Krankengymnasten, Chiropraktiker und Psychologen.
* Statens Seruminstitut und Sundhedsdatatyrelsen, darunter Angaben aus dem dänischen Register über Todesursachen.
* Amtsarzt.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).

Die genannten Stellen können mit dieser Einwilligung binnen eines Jahres ab dem Datum meiner Unterschrift relevante Angaben an [selskabets navn] weitergeben.

***An welche Stellen können relevante Sachangaben weitergegeben werden?***

[Selskabets navn] kann mit dieser Einwilligung relevante Sachangaben im Zusammenhang mit der Bearbeitung meines Antrags auf Auszahlung an die folgenden Stellen weitergeben:

* Begünstigte.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).

***Welche Arten von Angaben können eingeholt, verwendet und weitergegeben werden?***

Die Einwilligung umfasst *das Einholen, die Verwendung und das Weitergeben* der folgenden Angabenkategorien:

* Angaben zur Gesundheit, darunter Angaben zu Krankheiten, Symptomen und Kontakten mit dem Gesundheitswesen.
* Sterbeurkunde, Todesbescheinigung und Obduktionsbericht.

***Für welchen Zeitraum können Angaben eingeholt werden?***

Die Einwilligung umfasst Angaben für einen Zeitraum von [angiv] Jahr/en vor dem Zeitpunkt der Unterschrift oder der Änderung bis zu dem Zeitpunkt, an dem [selskabets navn] zu meinem Antrag auf Auszahlung Stellung genommen hat.

Wenn es die Angaben für diesen Zeitraum berechtigen, kann [selskabets navn] mit einer konkreten Begründung auch Angaben einholen, die vor diesem Zeitraum liegen.

***Widerruf der Einwilligung***

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen. Der Widerruf kann für die Möglichkeit zur Bearbeitung meines Antrags auf Auszahlung seitens [selskabets navn] Bedeutung haben.

Datum: ………………… Unterschrift: ………………………………………… Pkz.-Nr.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_