# FP 004 Einwilligung: Wenn ich einen Unfall gehabt habe oder krank geworden bin

# Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass [selskabets navn] in Verbindung mit meinem Antrag auf Auszahlung die Angaben *einholen, verwenden und weitergeben* darf, die für die Bearbeitung meines Antrags durch die Gesellschaft relevant sind.

[Selskabets navn] holt Angaben ein, um zu beurteilen, ob meine Erwerbsunfähigkeit vom Versicherungsschutz erfasst ist. [Selskabets navn] darf in diesem Zusammenhang Angaben zur Feststellung meiner Person (z. B. mit der Pkz.-Nr.) und relevante Angaben zu meinem Versicherungsfall und zu meiner Gesundheit an die Stellen, von denen die Gesellschaft Angaben einholt, weitergeben. [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:

* Mein gegenwärtiger und früherer Arzt.
* Öffentliche und private Krankenhäuser sowie Kliniken, Zentren und Labors.
* Fachärzte, Krankengymnasten, Chiropraktiker und Psychologen.
* Meine gegenwärtige und frühere Wohngemeinde.
* Andere Versicherungsgesellschaften und Rentenversicherungen, bei denen ich eine Auszahlung beantragt habe.
* Andere (geben Sie Namen und sonstige relevante Kontaktinformationen an).
* *Mein gegenwärtiger und früherer Arbeitgeber.*

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:

* Facharzt, der ein Attest ausfüllen oder ein ärztliches Gutachten ausstellen muss.
* *Mein gegenwärtiger und früherer Arbeitgeber.*
* 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.
* Angaben der Kommune zu Krankengeld, Arbeitsfähigkeitsprüfung, Ressourcenverlauf, Vereinbarung zu flexiblen Arbeitszeiten und Frührente oder andere Sozialleistungen.
* *An meinen Arbeitgeber: Name, Pkz.-Nr. und dass es um einen Versicherungsfall geht.*
* *Von meinem Arbeitgeber: Arbeitszeit, Abwesenheit durch Krankheit, Lohn und besondere Arbeitsbedingungen.*

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

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

Bei der Beurteilung, ob eine laufende Auszahlung beibehalten werden soll, wird der Zeitraum ab dem Beurteilungszeitpunkt berechnet.

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.: \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_