

VERSICHERTE PERSON

Vorname	Geburtsdatum	<input type="text"/>					
Nachname	Staatsbürgerschaft	_____					
Straße, Nr.	Geburtsort	_____					
Ort	PLZ	_____					
Ausweisdokument* <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass	Personalausweis-/Reisepassnummer	_____					
(Mobil) Telefon	E-Mail	_____					
Korrespondenzadresse (Straße, Nr., PLZ, Ort)	_____						

* Bitte legen Sie eine Kopie eines Ausweisdokumentes der versicherten Person oder des gesetzlichen Vertreters bei.
Ist die versicherte Person minderjährig, muss zusätzlich eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes vorgelegt werden.

ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSFALL

Datum, Uhrzeit und Ort des Versicherungsfalles: _____

Schilderung des Versicherungsfalles:

Bitte übermitteln Sie uns alle relevanten Unterlagen zum Nachweis des Versicherungsfalles (z. B.: Diagnosen, Arztberichte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Entlassungsbriefe, Sterbeurkunde etc.).

KONTAKTPERSON IM TODESFALL

Vorname	(Mobil) Telefon	_____
Nachname	E-Mail	_____
Korrespondenzadresse (Straße, Nr., PLZ, Ort)	_____	

ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG UND ÜBERMITTLUNG VON GESUNDHEITSDATEN IM VERSICHERUNGSFALL (VORAUSERMÄCHTIGUNG)

Die zu versichernde(n) Person(en) stimmen zu, dass NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava mittels NOVIS Versicherungsgesellschaft Niederlassung Deutschland der NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. Karl-Benz-Str. 19, 70794 Filderstadt zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten zum konkreten Versicherungsfall durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Satzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; dazu gehören etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Außerdem stimmen Sie zu, dass NOVIS Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden Sie 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung, deren Zweck und konkretes Ausmaß sowie über Ihr Recht auf Widerspruch und dessen Folgen verständigt. Nach Erhalt dieser Information können Sie innerhalb von 14 Tagen der Ermittlung widersprechen.

Sie haben nach § 11a VersVG auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils für den Einzelfall zuzustimmen. Sie nehmen dabei zur Kenntnis, dass es im Fall von Einzelfallzustimmungen zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen von Ihnen in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden. Sie entbinden den im Antrag angegebenen Gesundheitsdienstleister im Voraus von ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der o.a. Zustimmungserklärung und eines möglichen Direktverrechnungsauftrags.

Ihre Zustimmung erfolgt freiwillig auf Basis der im Anhang ausgeführten Datenschutzhinweise. Bei Nichterteilung der Zustimmung entsteht keinerlei Nachteil.

Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Hiermit stimme ich der Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Versicherungsfall zu:

Ja Nein

Ort, Datum _____ Unterschrift der versicherten Person: _____ 

KONTODATEN ZUR AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

Kontoinhaber	IBAN	_____	SWIFT	_____
Datum der Unterschrift	Unterschrift der versicherten Person	_____ 	Unterschrift der Kontaktperson im Todesfall	_____ 