

**VERSICHERTE PERSON**

|  |  |
|--|--|
| Vorname  | Geburtsdatum <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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<br>(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<br>(Straße, Nr., PLZ, Ort) |                 |

**ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG VON GESUNDHEITSDATEN IM KONKRETEN VERSICHERUNGSFALL**

Durch Ankreuzen des untenstehenden Kästchens stimmen Sie als versicherte Person zu, dass NOVIS Poistovňa a.s., Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava mittels NOVIS Versicherungs-AG, Niederlassung Österreich, Eßlinggasse 7/5, 1010 Wien (NOVIS) zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem konkreten, oben beschriebenen Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter und zu erbringender Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, die im konkreten, oben beschriebenen Versicherungsfall involviert waren oder sind, 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.

Bei Verweigerung der Zustimmung sind die benötigten Unterlagen von Ihnen in vollem Umfang selbst beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden. Mit Ihrer Zustimmung entbinden Sie auch die im Antrag angegebenen sowie die in den übermittelten Unterlagen erwähnten oder sonst in Zusammenhang mit dem konkreten Versicherungsfall tätig gewordenen oder werdenden Gesundheitsdienstleister von ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der o.a. Zustimmungserklärung und eines möglichen Direktverrechnungsauftrags.

Ihre Zustimmung erfolgt freiwillig auf Basis der 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 von Gesundheitsdaten im konkreten, oben beschriebenen 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 |