

Einwilligungserklärung gegenüber der Hannoversche Lebensversicherung AG

Ich möchte die Vorteile des Medical Home Service nutzen. Ich willige ein, dass die Hannoversche Lebensversicherung AG meine, nach § 203 StGB geschützten personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten zur Terminvereinbarung und Ermittlung des Untersuchungsumfangs an die Medicals Direct Deutschland GmbH (Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München) übermittelt. Hierzu entbinde ich die Mitarbeiter der Hannoversche Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligungserklärung gegenüber der Medicals Direct Deutschland GmbH

Ich willige ein, dass ein Mitarbeiter der Medicals Direct Deutschland GmbH mich im Rahmen des Medical Home Service untersucht.

Ich willige ein, dass die von der Hannoversche Lebensversicherung AG an Medicals Direct Deutschland GmbH übermittelten Daten, soweit sie für die Durchführung des Medical Home Service erforderlich sind, zweckgebunden durch Medicals Direct verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

Die Mitarbeiter von Medicals Direct Deutschland GmbH, insbesondere der Mitarbeiter, der mich befragen und untersuchen wird, unterliegen der medizinischen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Für die Befragung und Untersuchung **willige ich** in die dazu erforderliche Datenverarbeitung (Erhebung und Übermittlung) durch Medicals Direct Deutschland GmbH, im Auftrag der Hannoversche Lebensversicherung AG, ein. **Ich entbinde** hierfür die Medicals Direct Deutschland GmbH und deren Mitarbeiter sowie das Labor, in dem die Blutuntersuchung vorgenommen wird, im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht und **willige ein**, dass Medicals Direct Deutschland GmbH die Ergebnisse der Befragung und Untersuchung an die Hannoversche Lebensversicherung AG zur Risikoprüfung übermittelt. Ich **stimme weiter zu**, dass im Rahmen der Leistungserbringung ausschließlich **personenbezogene, nicht medizinische Daten** (z.B. Vorname, Name, Telefon-Nr. etc.) verschlüsselt an Rechenzentren, deren Standorte auch außerhalb Deutschlands liegen können, übertragen und dort gespeichert werden.


Ich willige ein, dass mir die medizinischen Fachkräfte der Medicals Direct Deutschland GmbH Blut abnehmen (Venenpunktion). Ich bin ferner damit einverstanden, dass bei mir ein HIV-Test durchgeführt und das Ergebnis an die Versicherung weitergegeben wird.

Ich willige ein, dass meine **personenbezogenen Daten** soweit es für die Durchführung des Medical Home Services erforderlich ist, verarbeitet und gespeichert werden. Die Medicals Direct Deutschland GmbH versichert, dass die Verarbeitung und Speicherung unter Beachtung der geltenden **EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)** erfolgt. Die aktuell nach EU Recht geltende **Datenschutzerklärung** der Medicals Direct Deutschland GmbH ist für mich unter www.medicalsdirect.de einsehbar oder auf mein Verlangen auszuhändigen.

Die Einschaltung der Medicals Direct Deutschland GmbH ist freiwillig. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Unterschrift der versicherten Person
(falls nicht Antragsteller)

