

## Untersuchung mit Medical Home Service Erklärung zum MHS gegenüber der Hannoversche Lebensversicherung AG

Der MHS wird **vorbehaltlich der Zustimmung durch die oben genannte Gesellschaft** durchgeführt.

	Antragsnummer (falls vorhanden)			VEP-Nummer		
<b>Antragsteller (Versicherungsnehmer)</b>	Frau	Herr	Vorname, Nachname			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Straße, Hausnummer (Untersuchungsort)			Postleitzahl, Ort (Untersuchungsort)		
<b>Versicherte Person (falls nicht Antragsteller)</b>	Frau	Herr	Vorname, Nachname			Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

### Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für den Abschluss einer Lebensversicherung ist der Gesundheitszustand der versicherten Person von maßgeblicher Bedeutung. Die Höhe Ihres beantragten Versicherungsschutzes erfordert eine ärztliche Untersuchung.

Entscheiden Sie sich für den Medical Home Service als Alternative zur Untersuchung durch den Hausarzt, so beauftragen wir Medicals Direct, einen der führenden Anbieter für medizinische Risikoprüfung in Europa, die notwendige Untersuchung am Ort Ihrer Wahl durchzuführen. Diese Untersuchung kann zu Hause oder am Arbeitsplatz erfolgen und dauert ca. eine Stunde.

Medizinisches Fachpersonal, das speziell auf versicherungsmedizinische Aspekte ausgebildet ist und der medizinischen Schweigepflicht unterliegt, ruft Sie an und vereinbart mit Ihnen einen Untersuchungstermin.

Bei dem Termin wird eine medizinische Fachkraft mit der versicherten Person einen medizinischen Fragebogen ausfüllen, Körpergröße und Gewicht notieren, Blutdruck und Puls messen, Blut abnehmen und sie bitten, eine Urinprobe abzugeben.

### Ihre Vorteile bei Wahl des Medical Home Service

- Keine lästige Terminvereinbarung für den Praxistermin
- Keine langen Wartezeiten in der Arztpraxis
- Die Untersuchung erfolgt in gewohnter Umgebung
- Die Terminvereinbarung für die Untersuchung erfolgt sehr kurzfristig
- Termine können flexibel von Montag bis Freitag zwischen 7 und 20 Uhr gewählt werden
- Sie haben in der Regel schneller Ihren Versicherungsschutz

Sofern Sie den Medical Home Service nutzen möchten, reichen Sie uns bitte diese Erklärung zusammen mit Ihrem Antrag ein - gerne vorab auch per Fax an die Nummer 0511.95 65-666.

Medicals Direct wird sich für die Terminvereinbarung telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen. Bitte geben Sie uns dafür die Telefon-Nummer an, unter der Sie tagsüber am besten erreichbar sind.

### Sie erreichen mich zur Terminvereinbarung

<input type="checkbox"/>	mobil unter					
<input type="checkbox"/>	per E-Mail					
<input type="checkbox"/>	telefonisch zwischen		und		Uhr unter der Telefon-Nummer:	

Zum vereinbarten Termin halte ich gerne **folgende Unterlagen** bereit:

- Gültiger **Personalausweis/Reisepass** zur Identifizierung der versicherten Person
- **Befunde und Diagnosen** zum Gesundheitszustand
- Name und Angaben zur Menge der eingenommenen **Medikamente**

**Hinweis:** Für die Untersuchung ist eine **Blutabnahme** notwendig. Notwendige Informationen zur Blutabnahme und den möglichen Risiken einer Blutabnahme entnehmen Sie bitte der Broschüre „**Medical Home Service**“:

Bei **Blutabnahmen** gibt es bei mir folgendes, **bekanntes Problem**: \_\_\_\_\_

## 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](http://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)
