

Bezugsrecht

Bezugsberechtigt für Leistungen im Todesfall der versicherten Person ist bzw. sind:

Name, Vorname _____ Name, Vorname _____
Anschrift _____ Anschrift _____
Geburtsdatum _____ Geburtsdatum _____

Erklärung der zu versichernden Person (siehe auch die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht im Anhang)

Nachfolgend stellen wir Ihnen einige Fragen, um das von uns zu übernehmende Versicherungsrisiko besser abschätzen zu können. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung dieser Fragen Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und geben Sie alle Ihnen bekannten Sachverhalte – dazu zählen auch Umstände, die für Sie eventuell keine oder nur eine geringe Bedeutung haben – zu jeder der gestellten Fragen sorgfältig, vollständig und ausführlich an. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann Rechtsfolgen haben, wie Rücktritt oder Anfechtung des Vertrages oder Verweigerung der beantragten Leistung.

Alle nachfolgenden Beispiele können nicht sämtliche Erkrankungsbeispiele umfassen. Die Beispiele haben deshalb keinen abschließenden Charakter. Eventuell durchgeführte prädiagnostische Gentests müssen hier nicht angegeben werden (Näheres siehe unter Hinweise „Prädiktiver Gentest“).

1. Betreiben Sie eine der folgenden Risiko-Sportarten : Auto- oder Motorradsport, Kampfsport, Tauchen, Bergsport (z. B. Klettersteigbegehungen, Bergsteigen), Extremsport (z. B. Canyoning, Skydiving, Base-Jumping, Speed-Flying, Heli-Skiing, Kitesurfen), Flug- oder Luftsport (z. B. Fallschirmspringen, Kunstflüge, Gleitschirm/Segelfliegen) oder andere Risiko-Sportarten? Genaue Angaben: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte in außereuropäischen Ländern oder Krisengebieten ? Wohin: _____ Dauer: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Wurden in den letzten 5 Jahren bereits andere Lebensversicherungen abgeschlossen? Name der Gesellschaft: _____ (Gesamt)-Höhe der Vorversicherung(en): _____ EUR Annahme zu normalen Konditionen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsfragen

Bitte geben Sie hier ALLE im jeweiligen Fragezeitraum liegenden Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Gesundheits- und Funktionsstörungen, Behandlungen, Operationen, stationäre Aufenthalte an mit näheren Einzelheiten zur Behandlung bzw. dem Behandlungserfolg.

4. Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an: Körpergröße in cm: _____ Körpergewicht in kg: _____	
5. a) Sind Sie derzeit Raucher oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. in den letzten 10 Jahren geraucht ? (Als Rauchen zählt auch der Konsum von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeife/Shisha, Schnupftabak, Oraltabak) <input type="checkbox"/> Ich bin Nichtraucher seit mindestens 10 Jahren/ich habe noch nie geraucht <input type="checkbox"/> Ich bin Nichtraucher seit mindestens 12 Monaten <input type="checkbox"/> Ich bin Raucher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. b) Nehmen oder nahmen Sie Drogen (z.B. Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Spice oder andere Modedrogen)? Wenn ja: Wann: _____ Welche: _____ Häufigkeit: _____ Dauer: _____ Untersuchungen/Therapie: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 12 Monate

6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (zum Beispiel einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen oder wurden Ihnen solche verordnet? Nicht anzugeben sind: Verhütungsmittel, Schilddrüsenmedikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 3 Jahre

7. Wurden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren behandlungs- / kontrollbedürftige Befunde festgestellt oder stehen noch Ergebnisse von bereits durchgeführten oder noch durchzuführenden Untersuchungen aus? Nicht anzugeben sind: Schwangerschaftsvorsorgen, Magen-Darm-Infekte, grippale Infekte, Verletzungen des Bewegungsapparates inkl. Muskeln, Sehnen und Bänder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 3 Jahren chronische Erkrankungen und/oder wurde eine Infektion festgestellt? Auch anzugeben sind Beratungen, Behandlungen, Untersuchungen, welche diesbezüglich ggf. stattgefunden haben. z.B. Hepatitis B/C, HIV, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Herz-/Kreislauferkrankungen, Rheuma, Asthma, Covid-19, Long-Covid-Syndrom	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 5 Jahre

9. Befinden oder befanden Sie sich in den letzten 5 Jahren :	
a) mehr als 3 x im Jahr aufgrund derselben Erkrankung und/oder Beschwerden in ärztlicher Untersuchung, Beratung oder Behandlung oder wurde Ihnen dieses angeraten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) bei einem Arzt, Psychotherapeuten oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung aufgrund psychischer und/oder psychosomatischer Beschwerden , z. B. Angststörungen, AD(H)S, Depressionen, psychosomatische Störungen, Bulimie, Essstörung, Suizidversuch, Burnout?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) in ärztlicher Behandlung oder Beratung aufgrund der Einnahme von Drogen, Betäubungs- / Rauschmittel bzw. wegen der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus , einer Rehabilitationsklinik , einer Entzugsklinik oder anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung untersucht, beraten und/oder behandelt (ambulant oder stationär), z.B. Operationen, Strahlen- bzw. Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen zu allen mit „ja“ beantworteten Fragen:

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Frage-Nr.	VP-Nr.	Genauere Art der Krankheit/Behandlung	Wann, Dauer, Häufigkeit, Ergebnis	Arzt/Krankenhaus

BITTE REICHEN SIE UNS ANGABEN, WELCHE SIE HIER NICHT MACHEN MÖCHTEN, UNVERZÜGLICH UND SCHRIFTLICH NACH.

Informationen über die Begriffe Krankheiten, Gesundheits- oder Funktionsstörungen:

Als Krankheit wird ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand bezeichnet, welcher in der Regel von einem Arzt/Behandler diagnostiziert wird. Eine Gesundheits- oder Funktionsstörung bezieht sich auf sämtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, auch wenn sie nicht gravierend und nur von kurzer Dauer sind und/oder noch keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte.

Hinweis:

Nach Abschluss der medizinischen Risikoprüfung durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group können eventuell Risikozuschläge (in der BU auch Ausschlussklauseln) oder Einschränkungen des Versicherungsschutzes vereinbart werden. In einigen wenigen Fällen kann der Versicherungsschutz von uns nicht übernommen werden.

Prädiktiver Gentest:

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn Versicherungsleistungen von mehr als 300.000 € Versicherungssumme oder mehr als 30.000 € Jahresrente bei Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit vereinbart werden.

Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

Bitte immer ausfüllen!

Der Versicherungsnehmer handelt für

eigene Rechnung

Rechnung eines Dritten/wirtschaftlich Berechtigten

Vorname _____

Nachname _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Beziehung zu Versicherungsnehmer: _____

Identifizierung des Versicherungsnehmers/wirtschaftlich Berechtigten durch einen gültigen

Personalausweis oder Reisepass gültig bis ____ . ____ . ____

Kopie ist beigefügt

Ausstellende Behörde, Ort _____ Ausweis-Nr. _____

BITTE IMMER EINE GÜLTIGE AUSWEISKOPIE BEILEGEN!

Falls Antragsteller eine Firma bzw. eine juristische Person bitte „Identifizierungsformular für Firmen“ einreichen!

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistenzgesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter unserer oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group (unter 3.)
- im Rahmen der Bonitätsprüfung (unter 4.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 5.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Bitte zwischen Möglichkeit I oder II wählen und ankreuzen

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Bitte zwischen Möglichkeit I oder II wählen und ankreuzen

Ich wünsche, dass mich die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

– in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group einwillige

– oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe. Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte zur Bestätigung ankreuzen

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, überwiegend selbst durch. In Einzelfällen überträgt sie die Erledigung einer anderen Gesellschaft der InterRisk Versicherungen (InterRisk Versicherungs-AG Vienna Insurance Group, InterRisk Informatik GmbH, Amadi GmbH) oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.interrisk.de eingesehen oder in der Abteilung Betrieb Leben (Telefon: 0611 2787 -312; E-Mail: info@interrisk.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre Einwilligung.

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten an die in der zuvor erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der InterRisk Versicherungen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Bonitätsprüfung

Zum Zwecke des Vertragsschlusses erheben wir Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Firma arvato infoscore Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir auch von der Firma Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstraße 11, in 41460 Neuss. Allgemeine Bonitätsinformationen beziehen wir vom Verband der Vereine Creditreform e.V., Hellersbergstraße 12, in 41460 Neuss.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen bei den oben genannten Stellen zum Zwecke des Vertragsschlusses erhebt.

5. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

X

Unterschrift Antragsteller/in und versicherte Person

X

Unterschrift gesetzlich vertretene Person

X

Unterschrift gesetzlich vertretene Person/Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Der Text der Einwilligung-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Unterschriften/Erklärungen

Übergang der Versicherungsnehmereigenschaft: Bei Tod des Versicherungsnehmers geht die Versicherungsnehmerschaft auf die versicherte Person über (sofern nicht mit dieser identisch).

Vorläufiger Versicherungsschutz: Wir gewähren einen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß der Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz, welche Sie mit dem Angebot erhielten.

Bei Nichtraucherarif bitte zur Bestätigung ankreuzen

Nichtrauchererklärung



Ich habe in dem in Frage 6 angegebenen Zeitraum nicht geraucht und beabsichtige auch nicht zu rauchen. Ich weiß, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann. Sofern ich nach Abschluss des Vertrages Raucher werde, teile ich dies der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group unverzüglich mit. Es erfolgt dann eine Einstufung in den Rauchertarif mit dem erforderlichen Beitrag. Tritt der Leistungsfall ein, ohne dass ich der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group die Änderung mitgeteilt habe, vermindert sich die Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag. Diese Regeln gelten auch für die Konsumenten von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeifen/Shisha, Schnupftabak und Oraltabak.

Informationspflichten: Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, mein persönliches Angebot, die Kundeninformation, die allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht sowie eine Kopie des Antrags einschließlich der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten mit Schweigepflichtsentbindung rechtzeitig vor Antragsunterzeichnung ausgehändigt wurden. Die Hinweise und Erklärungen im Angebot und im Antragsformular habe ich gelesen und akzeptiert. Außerdem stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Ich erkläre hiermit, dass ich die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet habe.

Bitte unterschreiben Sie mit Vor- und Zunamen; bei Firmen auch Stempel.

Ort, Datum

X

Unterschrift Antragsteller/in

Ort, Datum

X

Unterschrift versicherte Person, falls nicht Antragsteller

Ort, Datum

X

Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter

Die Richtigkeit der zuvor gemachten Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragsklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Versicherungsnehmers/der versicherten Person zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort, Datum

X

Unterschrift des Vermittlers

Policenversand an: Antragsteller Vermittler

Mobilfunknummer des Vermittlers

WICHTIG: Bitte reichen Sie bei Antragstellung alle Seiten inklusive aller Unterschriften mit ein!

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Personenbezogene Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group, Carl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabversicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung verzichten wir bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung auf die Geltendmachung unserer Rechte zur Kündigung oder Vertragsänderung.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren – bei der Berufsunfähigkeitsversicherung drei Jahre – nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Dienstleisterliste – Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Liste der Stellen, mit denen die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group zusammenarbeitet:

Stellen:	Übertragene Aufgaben:
Swiss Re Gruppe VIG RE zajišťovna, a.s. Prag Medicals Direct	<ul style="list-style-type: none">• Medizinische und juristische Fallprüfung• Auswertung von Gutachten• Ergänzende Antrags- und Leistungsprüfung (medizinisch und finanziell)• Berufskundlicher Beratungsdienst
Roland Assistance	<ul style="list-style-type: none">• 24- Stunden Telefonservice• Assistance-Leistungen
Riverty Group GmbH	<ul style="list-style-type: none">• Wirtschaftsauskünfte
infoscore Consumer Data GmbH	<ul style="list-style-type: none">• Wirtschaftsauskünfte

Darüber hinaus arbeitet die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group mit folgenden Stellen zusammen, die personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Kategorien:	Übertragene Aufgaben:
Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater; Berufskundler)	<ul style="list-style-type: none">• Berufskundliche Beratung• Erstellen von Gutachten• Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten
IT-Dienstleister	<ul style="list-style-type: none">• Programmierung der elektronischen Vertrags- und Aktenverwaltung

Erklärung zum M-Check direct gegenüber der InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group Firmierung der Versicherungsgesellschaft (nachstehend „Versicherer“)

Der M-Check direct wird **vorbehaltlich der Zustimmung durch die oben genannte Gesellschaft** durchgeführt.

Makler (Firmierung/Firmenstempel)	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Antragsteller (Vor- & Zuname, ggfl. abw. Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, (Untersuchungsort)	PLZ, Ort (Untersuchungsort)
Zu versichernde Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Sie erreichen mich zur Terminvereinbarung **telefonisch zwischen** _____ **und** _____ **Uhr**
unter der Tel.-Nr.: _____ **per E-Mail:** _____

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

- Gültiger **Personalausweis / Reisepass** zur Identifizierung der zu versichernden Person
- **Befunde / Diagnosen** zum Gesundheitszustand sowie **Namen und Angaben** zur Menge einzunehmender **Medikamente**

Hinweis: Für die Untersuchung ist eine **Blutentnahme** notwendig. Notwendige Informationen zur Blutentnahme und den möglichen Risiken einer Blutentnahme entnehmen Sie bitte **der Aufklärung zur Blutentnahme**.

Bei **Blutentnahmen** sind bei mir folgende **Besonderheiten** zu beachten: (z. Bsp. Rollvenen, Kreislaufreaktion, Einnahme blutverdünnender Medikamente, Chemotherapie, Lymphknotenentfernung, etc.)

Einwilligungserklärung gegenüber dem og. Versicherer

Ich möchte die Vorteile des Medical Home Service nutzen. **Ich willige ein**, dass der og. Versicherer meine personenbezogenen Adressdaten (siehe oben) an die Medicals Direct Deutschland GmbH (Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München) zur Terminvereinbarung übermittelt.

Einwilligungserklärung gegenüber der Medicals Direct Deutschland GmbH

Die Mitarbeiter der 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, Übermittlung und Verarbeitung) durch Medicals Direct Deutschland GmbH, im Auftrag der oben genannten Versicherungsgesellschaft, ein. **Ich entbinde** hierfür die Medicals Direct Deutschland GmbH und deren Mitarbeiter, das Labor in dem die Blutuntersuchung vorgenommen wird sowie den Arzt, der das Ruhe EKG und die Ergometrie aufnimmt, 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 den Versicherer 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 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.

Aufklärung zur Blutentnahme

Sie haben sich für den Medical Home Service mit Blutentnahme entschieden. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Hinweise und Informationen sorgfältig durch, damit die Durchführung sicher und schnell gelingt. Die Laborwerte sind aussagekräftig, wenn Sie in den letzten 5 Stunden vor der Blutentnahme keine feste Nahrung sondern ausschließlich Wasser oder ungesüßten Tee zu sich nehmen.

Sie befinden sich in guten Händen. Unsere Mitarbeiter

- ✓ sind **medizinisches Fachpersonal (Krankenschwester/Krankenpfleger, Medizinische Fachangestellte (m/w), Rettungsassistent (m/w))**
- ✓ **erfüllen alle medizinischen Anforderungen, um Ihnen Blut abnehmen zu dürfen**
- ✓ haben **viel Erfahrung** mit Blutentnahmen und unterliegen der Schweigepflicht

Sollte Ihnen bekannt sein, dass Sie mit körperlichen Befindlichkeitsstörungen auf Blutentnahmen reagieren, bitten wir Sie, dies vor Beginn der Blutentnahme mitzuteilen.

Blut und Blut-Untersuchung

Ein Erwachsener besitzt etwa vier bis sechs Liter Blut.

Bei der Blutentnahme werden wenige Milliliter entnommen.

Blut besteht aus Blutzellen (rote und weiße Blutkörperchen und Blutplättchen) und Blutplasma, in dem verschiedene Bestandteile gelöst sind. Diese Bestandteile geben Hinweise auf mögliche Erkrankungen des Körpers.

In der Regel werden im Rahmen der versicherungsmedizinischen Untersuchung folgende Werte bestimmt: HIV, Leberwerte, Nierenwerte, Blutfette, rote und weiße Blutkörperchen, Blutplättchen, der Langzeitblutzuckerwert, kleines Blutbild. (In einzelnen Fällen werden weitere Werte gemessen).

Durchführung einer Blutentnahme

Bei der Blutentnahme wird mittels eines Venenstauschlauches Druck am Oberarm erzeugt. Dadurch kann das Blut in den Venen nicht mehr ausreichend abfließen und sammelt sich an. Sobald dies geschehen ist, wird die Hautstelle, an der Blut abgenommen werden soll mit einem medizinischen Desinfektionsmittel desinfiziert. Anschließend wird mit einer feinen Nadel die Vene punktiert (angestochen) und das Blut fließt in speziell dafür vorgesehene Blutentnahmeröhrchen.

Risiken und Nebenwirkungen einer Blutentnahme

Die Blutentnahme kann etwas unangenehm und bisweilen schmerzhaft sein. Bei manchen Personen kommt es zu Unwohlsein, Schwindel, Übelkeit und selten auch zu Ohnmacht. Im Falle eines Sturzes kann es zu Verletzungen wie Prellungen, Stauchungen und Rissquetschwunden und einer Gehirnerschütterung kommen.

Bitte teilen Sie Befindlichkeitsstörungen nach der Blutentnahme sofort mit.

Selten kommt es vor, dass beim ersten Einstich in die Vene nicht ausreichend Blut entnommen werden kann. Dann kann es notwendig werden, dass an einer anderen Stelle eine neue Venenpunktion durchgeführt werden muss.

Eventuell kann ein Bluterguss oder Hämatom entstehen, wenn zum Beispiel nicht ausreichend auf die Einstichstelle gedrückt oder die Ader durchstoßen wurde. Diese Blutergüsse können für einige Tage schmerzhaft sein, stellen jedoch keine Gefährdung dar und bilden sich von alleine wieder zurück.

In **sehr seltenen Fällen** kann es im Bereich der Blutentnahmestelle zu einer Infektion kommen, was sich in einer Entzündungsreaktion mit Rötung, Schwellung, Schmerz und gegebenenfalls Entstehung von Eiter zeigen kann.

In diesem Fall bitten wir Sie darum, umgehend einen Arzt aufzusuchen und uns diesen Vorfall mitzuteilen.

Ebenfalls sehr selten sind Verletzungen von Nerven und anderen Strukturen durch eine Blutentnahme. Dabei kommt es häufig zu vorübergehenden Reizungen des Nervs, die auch längere Zeit anhalten können. Bleibende Nervenschäden sind in sehr wenigen Fällen beobachtet worden.

Außerdem kann es passieren, dass durch defekte Blutentnahmeröhrchen Teile der Blutprobe beschädigt werden, so dass im Labor keine Blutwertbestimmung mehr möglich oder diese stark fehlerhaft ist. In solchen, sehr seltenen Fällen kann eine Wiederholung der Blutentnahme notwendig werden.

Bei Fragen, Anregungen oder Wünschen, können Sie uns im Rahmen unserer Geschäftszeiten gerne telefonisch kontaktieren: + 49 (0) 8092 / 863 55 50