

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Ermächtigung

Ich ermächtige die Dialog Lebensversicherungs-AG im Zuge der Prüfung meines o.g. Versicherungsantrages die folgende Person/Einrichtung zu meinen Gesundheitsverhältnissen zu befragen und um Überlassung vorliegende Unterlagen zu bitten:

Name Arzt/Krankenhaus _____

Fachrichtung/Station _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Entbindung

Gleichzeitig entbinde ich die oben genannte Person / Einrichtung ausdrücklich von der Schweigepflicht und bitte Sie darum, die von der Dialog Lebensversicherungs-AG über mich gewünschten Auskünfte vollständig zu erteilen und vorliegende Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen (Originale werden selbstverständlich zurückgesandt).

Bitte beantworten Sie die Anfrage der Dialog Lebensversicherungs-AG möglichst schnell. Damit helfen Sie mir als Ihrem Patienten, rasch Versicherungsschutz zu erhalten.

Ort, Datum

X

Unterschrift der zu versichernden Person