

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**