

# Schweigepflichtentbindungserklärung



Bitte zurück senden an:

HDI Versicherung AG  
Unfall-Schaden  
Postfach 510260  
30632 Hannover

Ihr Gesprächspartner
Schadenummer

## Verletzte Person

Vor- und Zuname der versicherten Person
Anschrift der versicherten Person

Geburtsdatum

## Schweigepflichtentbindungserklärung zur Prüfung der Leistungspflicht

Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir 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. Kundenservicegesellschaften, weitere Unfallversicherer oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsfallprüfung bei der HDI Versicherung AG unentbehrlich.

**Es steht Ihnen frei, die Erklärung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und uns die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen. Wir weisen darauf hin, dass wir die angeforderten Gesundheitsdaten benötigen, um den Schadenfall bearbeiten zu können und dass ohne diese Daten keine abschließende Bewertung des Schadenfalls vorgenommen werden kann.**

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten

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.

## Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 und hierzu Informationen von Stellen abgefragt werden müssen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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 und kreuzen Sie entsprechend an:

**Möglichkeit I:**



Ich willige ein, dass die HDI Versicherung AG – soweit es 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 die HDI Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die HDI Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die HDI Versicherung AG 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:**



Ich wünsche, dass mich die HDI Versicherung AG 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 HDI Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

**Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung 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 HDI Versicherung AG 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.

---

Ort, Datum, Unterschrift der versicherten Person

---

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlich vertretenen Person (ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

---

Ort, Datum Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter