

Einzelfalleinwilligung zur Prüfung der Leistungspflicht in der Unfallversicherung

Bitte einsenden an:

Uelzener Allgemeine Vers.-Gesellschaft a.G.
Abteilung HU-Leistung
Postfach 2163
29511 Uelzen

Vertrags-Nummer:

Schaden-Nummer:

Name und Anschrift Versicherungsnehmer/-in:

Name:

Telefon:

Vorname:

Mobil:

Straße:

E-Mail:

PLZ/Ort:

Versicherte Person:

Name:

Geboren am:

Vorname:

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilung z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. 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.

Ich willige ein, dass die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. – soweit es für die Prüfung der Leistungspflicht in meinem Versicherungsfall erforderlich ist meine Gesundheitsdaten/die Gesundheitsdaten der von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können bei

Name, Anschrift und Kontaktdaten des behandelnden Arztes/des behandelnden Krankenhauses:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

erhebt und zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht verwendet. Ich befreie die genannte Person oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von seiner/ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Stellung der Angebotsanfrage/des Versicherungsantrags an die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. an die Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten Sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung der Angebotsanfrage/des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. 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 Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Uelzener Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft a.G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Versicherte Person:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres):

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift