

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten

Die Versicherung erhält Gesundheitsdaten von den Geschädigten sowie anderen Beteiligten wie z. B. dem Versicherten, sowie ggf. aus Polizeiberichten. Diese Daten speichert und nutzt sie, um die gegen sie geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich, _____, geboren am _____ willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruches erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (wie z. B. meinen Krankenversicherer oder meinen Arbeitgeber) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe der Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter weitergibt und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Bearbeitung der erhobenen Ansprüche erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Gutachtern an die Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werde ich unterrichtet.

b) Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen
(Unternehmen oder Personen)

Die Versicherung führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadensbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Die Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zur Zeit gültige Liste kann bei der Versicherung angefordert werden.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherung dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

3. Einwilligung in die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten und
Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Bei den nachfolgend genannten Stellen darf die Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten - soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruchs erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Ich befreie die genannten Personen oder Mitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen dazu über das Schadensereignis informiert werden.

Ort, Datum, Unterschrift Anspruchsteller (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig)

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchstellers)