

(NACHSTEHEND „VERSICHERUNG“ GENANNT)

Schaden-Nummer: _____

Schadendatum: _____

Verletzte Person (Name, Vorname): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

1. EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG, SPEICHERUNG UND NUTZUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z.B. unserem Versicherten. Diese Daten speichern und nutzen wir, um die gegen uns geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

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

2. EINWILLIGUNG IN DIE WEITERGABE IHRER 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 werden Sie unterrichtet.

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

Die Versicherung führt bestimmte Aufgaben im Bereich der Schadenbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer 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 Ihre 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.

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 Stellen an die Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

3. EINWILLIGUNG IN DIE ABFRAGE IHRER GESUNDHEITSDATEN BEI DRITTEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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

Bitte tragen Sie nachfolgend Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen.

Solche Stellen können sein:

Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass die Versicherung meine Gesundheitsdaten- soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruchs erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen (ggf. zusätzlich gesondertes Blatt beifügen) erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1. _____
2. _____
3. _____

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf die oben genannten Vorerkrankungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die zuvor genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

Bitte gesondert ankreuzen:

- Die vorstehend erteilte Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt auch für alle weiteren mich aus Anlass des Versicherungsfalls und der daraus resultierenden Erkrankungen behandelnden Ärzte

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/in