

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

für folgende Versicherung: _____

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

Die oben genannte Versicherung erhält Gesundheitsdaten von Ihnen sowie anderen Beteiligten, wie z. B. deren Versicherten, sowie aus anderen Quellen, z. B. aus Polizeiberichten. Diese Daten speichert und nutzt die Versicherung, um die gegen sie geltend gemachten Ansprüche zu bearbeiten.

Ich willige ein, dass die oben genannte 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 oben genannte 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 oben genannte 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 oben genannte 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 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Die oben genannte Versicherung ist dazu verpflichtet, eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen zu führen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die oben genannte Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste kann beim Datenschutzbeauftragten der oben genannten Versicherung angefordert werden.

Ich willige ein, dass die oben genannte Versicherung meine Gesundheitsdaten an die in der zuvor erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die oben genannte Versicherung dies dürfte.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die oben genannte Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

c) Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung des erhobenen Schadenersatzanspruches abzusichern, kann die oben genannte Versicherung Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben.

Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der oben genannten Versicherung den von Ihnen erhobenen Schadenersatzanspruch der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um einen schweren Personenschaden handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die oben genannte Versicherung aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die oben genannte Versicherung einen Leistungsfall richtig einschätzt. Außerdem werden Daten über Ihren Leistungsfall zu Abrechnungszwecken an Rückversicherungen weitergegeben.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch gesundheitsbezogene Daten verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an die Rückversicherung werden Sie durch die oben genannte Versicherung unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt werden und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

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

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es für die oben genannte Versicherung 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 die oben genannte Versicherung Informationen über den Gesundheitsschaden einholen darf. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass Ihre Gesundheitsdaten bei Dritten abfragt werden, haben Sie alternativ die Möglichkeit, die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst an die oben genannte Versicherung zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass die oben genannte Versicherung meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen 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 oben genannten Stellen dazu über das Schadenereignis informiert werden.

4. Erklärung für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung des erhobenen Schadenersatzanspruches kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Soweit zur Prüfung des erhobenen Schadenersatzanspruches nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über die Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben über.

Verletzte Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Anspruchsteller/in)
ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einsichtsfähig

(Ort, Datum)

(Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)
bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
des Anspruchstellers/der Anspruchstellerin