

Einwilligung-und Schweigepflicht-Entbindungserklärung für die Haftpflichtversicherung

(Musterformular des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft)

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

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 für die Regulierung des Schadens zuständige Versicherung _____ (im folgenden „zuständige Versicherung“) oder gegebenenfalls andere zuständige Versicherung in der Unfallsache vom _____ meine Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des von mir erhobenen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für die Bearbeitung von Ansprüchen, die auf Dritte (zum Beispiel meinen Krankenversicherer) übergegangen sind.

2. Einwilligung in die Weitergabe ihrer Gesundheitsdaten

a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die zuständige Versicherung (siehe oben) 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 zuständige Versicherung (siehe oben) zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden sie unterrichtet.

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

Die zuständige 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 der zuständigen Versicherung oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet oder dort verarbeitet oder genutzt werden.

Die zuständige Versicherung führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die zuständige Versicherung erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zur Zeit gültige Liste stellt die Versicherung auf Anfrage zur Verfügung. Die aktuelle Liste kann auch im Internet auf der Website der zuständigen Versicherung eingesehen oder bei ihr angefordert werden.

Ich willige ein, dass die zuständige 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 zuständige Versicherung dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die zuständige Versicherung zurück übermittelt und von dieser zweckentsprechend verwendet werden. Die zuständige Versicherung verpflichtet die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen die zu ihrer Kenntnis gelangten Daten streng vertraulich zu behandeln und nicht ihrerseits an andere Dritte weiterzugeben. Die erhobenen Daten dürfen sich nur auf Gesundheitsdaten erstrecken, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem von der zuständigen Versicherung bearbeiteten Unfallereignis stehen.

3. Einwilligung in die Abfrage ihrer Gesundheitsdaten bei Dritten und Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches 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 aus dem oben genannten Verkehrsunfall von Bedeutung sein können.

Bitte tragen Sie nachfolgend Namen 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, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wollen Sie nicht, dass wir 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 zuständige Versicherung meine Gesundheitsdaten, allerdings nur im Hinblick auf die Verletzungen, die ich mir bei dem oben genannten Straßenverkehrsunfall zugezogen habe – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadensersatzanspruches 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 Schadensereignis informiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift