

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Schadennummer \_\_\_\_\_

Schaden vom \_\_\_\_\_

Verletzte Person \_\_\_\_\_

(Name, Vorname,  
Geburtsdatum, Beruf)

## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Haftpflichtversicherung<sup>1</sup>**

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

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung AG 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.

# Mustereinwilligung

### **2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten**

#### **Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Ich willige ein, dass die IDEAL Versicherung AG 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 IDEAL Versicherung zurück übermittelt werden.

Über die jeweilige Datenweitergabe werden Sie unterrichtet.

---

<sup>1</sup> Der Text der Einwilligungserklärung beruht auf der Einwilligungserklärung für die Lebens- und Krankenversicherung, die mit den Datenschutzaufsichtsbehörden und dem Verbraucherzentrale Bundesverband abgestimmt worden ist.

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

Zur Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

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 IDEAL Versicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit es für die Prüfung des geltend gemachten Schadenersatzanspruches erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt:

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 Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten.

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Stellen mich über das Schadenergebnis informiert werden.

# Mustereinwilligung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anspruchsteller/in  
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)