

## **EINWILLIGUNGS- UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG FÜR DIE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG**

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

Wir erhalten Gesundheitsdaten von Ihnen bzw. der versicherten Person. Diese Daten speichern und nutzen wir, um unsere Leistungspflicht zu prüfen.

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

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

#### a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung.

Ich willige ein, dass das Unternehmen 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 Gutachtern an das Unternehmen zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

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

Das Unternehmen 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 BGV-Gruppe oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

Das Unternehmen führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für das Unternehmen erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.bgv.de/datenschutz](http://www.bgv.de/datenschutz) eingesehen oder bei der BGV-Versicherung AG angefordert werden.

Ich willige ein, dass das Unternehmen 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 das Unternehmen dies dürfte.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an das Unternehmen zurück übermittelt und vom Unternehmen zweckentsprechend verwendet werden.

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

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

Bitte tragen Sie nachfolgende Name und Anschrift der behandelnden Stellen ein, bei denen wir Informationen über den Gesundheitsschaden einholen dürfen. Solche Stellen können sein: Ärzte, Pflegepersonal 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 geltend gemachten Leistungsanspruchs selbst einzuholen und an uns zu übersenden oder übersenden zu lassen.

Ich willige ein, dass das Unternehmen meine Gesundheitsdaten – soweit dies zur Prüfung des geltend gemachten Leistungsanspruchs erforderlich ist – bei den nachfolgenden Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet:

1.
2.
3.
4.
5.

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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Bearbeitung Ihres Schadens in der Regel nicht möglich sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift VN/vers. Person  
ab 16 Jahre

Geburtsdatum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters  
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

---