

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Schadentag:	
Verletzte Person:	
Geburtsdatum der verletzten Person	
Schadennummer:	
Versicherungsnehmer/versicherte Person	
Versicherungsmakler des Versicherungsnehmers/der versicherten Person:	Ecclesia Versicherungsdienst GmbH Ecclesiastraße 1–4 32758 Detmold widerruf@ecclesia.de

Der Versicherungsnehmer/die versicherte Person führt die Bearbeitung des geltend gemachten Schadens, bei der es zu einer Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern hat den Versicherungsmakler mit der Schadenbegleitung beauftragt.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Versicherungsmakler die von mir in dieser Schadenanzeige und etwaige künftige zu dieser Schadenanzeige mitgeteilten personenbezogene Daten – insbesondere Gesundheitsdaten – verarbeiten und an die zuständigen Versicherer zur Schadenbearbeitung weiterleitet. Diese Einwilligung umfasst auch die Weiterleitung an andere Versicherer, gegen die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Schadensfall versicherte Leistungsansprüche in Betracht kommen können, wie zum Beispiel gegen den Betriebshaftpflichtversicherer des Versicherungsnehmers.

Damit der Versicherungsmakler die Korrespondenz zu meinem angezeigten Schadenfall mit den Versicherern führen kann, willige ich zudem darin ein, dass die Versicherer dem Versicherungsmakler alle für seine Schadenbegleitung erforderlichen personenbezogenen Daten (rück-)übermitteln darf. Dies beinhaltet ausdrücklich auch etwaige von Versicherern oder von Dritten erstellten medizinischen Gutachten und die Abrechnung von Versicherungsleistungen.

Ich befreie hiermit die jeweils betreffenden Mitarbeitenden des Versicherers, Ärzte und etwaige medizinische Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Es steht mir frei, diese Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versicherungsmakler postalisch unter der oben genannten Anschrift oder per E-Mail zu widerrufen.

Mir ist bewusst, dass dem Versicherungsmakler die Schadenbegleitung ohne meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten nicht möglich ist und mich der Versicherungsmakler bei der Geltendmachung meiner Ansprüche gegenüber dem betreffenden Versicherer nicht unterstützen kann. In diesem Fall besteht für mich die Möglichkeit, meinen Schaden direkt gegenüber dem Versicherer geltend zu machen.

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift der verletzten Person

Wenn die verletzte Person gesetzlich vertreten wird:

_____	_____	_____
Ort	Datum	Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s