

**Angaben zum  
Personenschaden**

Schadensnummer

**Angaben zur verletzten Person:**

Name \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet

Anzahl und Alter der Kinder \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Selbständig?  nein  ja

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Bruttoeinkommen \_\_\_\_\_

EUR monatlich (Bescheinigung bitte beifügen)

Bezieht der/die Verletzte unabhängig von diesem Unfall Rente:  nein  ja, von wem?

monatl. Höhe \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Verletzung \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt vom: \_\_\_\_\_

bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Krankenhaus/Krankenhäuser (bitte mit vollständiger Anschrift): \_\_\_\_\_

Ambulant behandelnde Ärzte (bitte mit vollständiger Anschrift): \_\_\_\_\_

Hauskrank geschrieben vom: \_\_\_\_\_

bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Zuständiger Krankenversicherer \_\_\_\_\_

Lag ein Berufs-/Dienstunfall vor? \_\_\_\_\_

nein  ja

Ereignete sich der Unfall von oder zur Arbeit (b. Kindern/Schülern/Studenten auf dem Weg zum Kindergarten /zur Schule/ zur Universität)? \_\_\_\_\_

nein  ja

Ereignete sich der Unfall im Zusammenhang mit Pflegeleistungen (PflegeVG)?  nein  ja

Welche Berufsgenossenschaft ist zuständig? \_\_\_\_\_

Besteht eine gesetzliche Rentenversicherung?  nein  ja Wo? \_\_\_\_\_

**Beiliegende Schweigepflichtenbindungserklärung bitten wir ausgefüllt und unterzeichnet zurück.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen auch gesetzlicher Vertreter)

## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Es steht Ihnen frei, die Erklärung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und uns die Gesundheitsdaten zum Nachweis des Schadens selbst zu übersenden oder übersenden zu lassen. Den Widerruf der Einwilligung senden Sie ggf. bitte an folgende Adresse: VHV Allgemeine Versicherung AG, 30138 Hannover.

Mein Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### 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 VHV Allgemeine 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. meinem Krankenversicherer) übergegangen sind.

### 2. Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

#### a) Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine 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 VHV Allgemeine Versicherung AG 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 VHV Allgemeine Versicherung AG 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 VHVGruppe oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass Ihre Gesundheitsdaten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet und genutzt werden.

Die VHV Allgemeine Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die VHV Allgemeine Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist beigefügt. Sie kann auch im Internet unter [www.vhv.de](http://www.vhv.de) eingesehen werden.

Ich willige ein, dass die VHV Allgemeine Versicherung AG 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 VHV Allgemeine Versicherung AG dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an die VHV Allgemeine Versicherung AG zurück übermittelt werden.

### **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. 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 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, 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 VHV Allgemeine Versicherung AG 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 ärztlichen 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.

\_\_\_\_\_  
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)