ERKLÄRUNG
zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit gestatte ich

Vorname, Name: .....

Geburtsdatum: .....

Straße/Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

dem Versicherungsunternehmen

Name: .....

Straße/Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

die Weitergabe von Gesundheitsdaten beispielsweise in Form von ärztlichen, psychologischen und psychiatrischen Stellungnahmen, Zeugnissen und Gutachten sowie sonstigen Auskünften an den

Versicherungsombudsmann e. V.
und die mit der Bearbeitung betrauten Mitarbeiter
Postfach 080632, 10006 Berlin

zur Durchführung meines dort anhängigen Beschwerdeverfahrens mit dem

Geschäftszeichen: .....

Diese Zustimmung betrifft meinen Versicherungsvertrag / Schadenfall bei dem o. a. Versicherungsunternehmen zur dortigen

Versicherungsscheinnummer: .....

Schadennummer: .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine übermittelten Daten beim Versicherungsombudsmann e. V. unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und verarbeitet werden. Dieses Einverständnis umfasst nicht die Weitergabe der erlangten Daten und Informationen an Dritte, die nicht unmittelbar an dem Schlichtungsverfahren beteiligt sind.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift