

4. Verletzungen

Art der Verletzungen	Ambulante Behandlung ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Krankenhausbehandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Arzt oder Krankenhaus

5. Bei Unfällen mit Kraftfahrzeugen

Polizeilich festgestellt am	Polizeidienststelle	Tagebuch-Nr.	Verfahren gegen
Waren Sicherheitsgurte angelegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gesamtzahl der Insassen einschließlich Fahrer:	

6. Allgemeine Fragen

Sind Sie noch anderweitig unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungssummen € für den Todesfall
Name und Anschrift der Gesellschaft:	€ für den Invaliditätsfall € für Unfall-Krankenhaustagegeld
Versicherungsschein-Nr.:	€ für Tagegeld vom Tag
Haben Sie den Unfall der Berufsgenossenschaft gemeldet? <input type="checkbox"/> ja, der	Haben Sie schon früher einmal einen Unfall erlitten? <input type="checkbox"/> ja, am
.....	Verletzungen:
.....
Aktenzeichen:	Aktenzeichen:
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

5

Mir ist bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht grundsätzlich die Angaben überprüft, die ich hier zur Begründung der Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose oder dem Behandlungsverlauf).

Zu diesem Zweck befreie ich hiermit – mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar – die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Erklärung gilt zur Prüfung von Leistungsansprüchen über meinen Tod hinaus. Diese Schweigepflichtentbindung gilt auch für Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern –; ferner für die Angehörigen von anderen Unfall- sowie von Kranken- und Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte beziehungsweise medizinische Gutachter übermittelt werden.

Sollten Sie mit Ihrer Unterschrift die Schweigepflichtentbindungserklärung so umfassend nicht abgeben wollen, wählen Sie bitte durch Ankreuzen folgende Alternative:

- Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern vom Versicherer konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsregulierung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann, sollte sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20 € verlangen.

Fragen an die Geschäftsstelle und den Vertreter:

Wann wurde der zuletzt fällige Beitrag bezahlt?	Erging Aufforderung nach §§ 38/39 VVG? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am
Datum	Unterschrift

2/3

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ich/wir willige/n ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten für die Bearbeitung des Schadens speichert und diese – sofern notwendig – an Rückversicherer oder weitere Versicherer übermittelt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Versicherungsnehmers)

(Unterschrift der verletzten Person)