

1. MITTEILUNG NACH § 28 ABS. 4 VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ ÜBER DIE FOLGEN BEI VERLETZUNG VON OBLIEGENHEITEN NACH DEM VERSICHERUNGSFALL

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

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.

2. MITTEILUNG ÜBER DIE FRISTEN ZUR GELTENDMACHUNG VON INVALIDITÄTSANSPRÜCHEN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

für den Fall, dass Sie eine Invaliditätspolice abgeschlossen haben, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass ein Anspruch aus der Invaliditätsversicherung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und uns gesondert schriftlich geltend gemacht werden muss.

Andernfalls laufen Sie Gefahr, diesen Anspruch zu verlieren.

SCHADENANZEIGE

Eine zügige Bearbeitung ist nur bei vollständigen Angaben gewährleistet

SCHADEN - NR. : _____

1.) Zu- und Vorname der erkrankten Person _____ Geburtsdatum _____

2.) Anschrift _____ tatsächlich ausgeübter Beruf _____

3.) Telefon privat _____ Telefon beruflich (tagsüber) _____

4.) Bankverbindung _____ BLZ _____ Kontonummer _____

Policen-Nr.	Tarifart	Policen-Nr.	Tarifart

5.) Welcher Art ist die Erkrankung? _____

6.) Wann traten die Symptome erstmals auf? _____

7.) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte _____

8.) Name und Anschrift der behandelnden Klinik _____

9.) Name und Anschrift aller Ihrer Krankenversicherungen _____

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder 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, dem Behandlungsverlauf oder Liquidation). Des weiteren überprüfen wir Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.
Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.
Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.
Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.
Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.
Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. Mir ist bewusst, dass es hierdurch zu Verzögerungen, Leistungskürzung oder Leistungsfreiheit der Versicherers kommen kann.

Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort, Datum _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____ Unterschrift des Versicherten _____

Hiermit bestätige ich, dass ich den Hinweis über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum _____ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters _____ Unterschrift des Versicherten _____

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zur Vorlage bei einer privaten Versicherung

SCHADEN - NR. _____

1.) Name des Patienten _____

Geburtsdatum des Patienten _____

2.) Befund / Diagnose _____

3.) Wann wurden die Symptome vom Patienten erstmals bemerkt? _____

4.) Wann und wo fand die erste ärztliche Behandlung wegen dieser Erkrankung statt? _____

5.) Wurde der Patient wegen dieser oder ähnlicher Erkrankungen oder Symptomen in den letzten 5 Jahren behandelt? Wenn ja, bei welchen Ärzten. _____

6.) Weitere Behandlungsdaten _____

7.) Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt? _____

8.) Sind bei der / dem Patientin / ten jemals Krankheiten aufgetreten wie: Krebs, bösartige Tumore, Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt, andere Herzkrankheiten, HIV oder AIDS, Transplantationen, Bluthochdruck (außer dem mit Medikamenten kontrollierbaren) und ist diese Person diesbezüglich ärztlich beraten und medizinisch behandelt worden? _____

Ja

Nein

Wenn ja, wann war die Erstdiagnose? _____

9.) Dauer des stationären Aufenthalts: von _____ bis _____

Bitte fügen Sie auch eine Kopie des Krankenhausberichtes dieser Schadenanzeige bei.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes