

## 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.

# UNFALLSCHADENANZEIGE

Bitte vollständig und innerhalb einer Woche zurücksenden.  
Eine zügige Bearbeitung ist nur bei vollständigen  
Angaben gewährleistet



SCHADEN - NR. \_\_\_\_\_

1.) Zu- und Vorname der verletzten Person \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

2.) Anschrift \_\_\_\_\_ tatsächlich ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

3.) Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon beruflich \_\_\_\_\_

4.) Name und Anschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

5.) Bankverbindung \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_

Policen-Nr.	Tarifart	Policen-Nr.	Tarifart

6.) Unfalldatum \_\_\_\_\_ Unfallzeit \_\_\_\_\_ Genauer Unfallort \_\_\_\_\_

7.) Unfallursache und -hergang (bitte ausführlich beantworten, ggf. Skizze beifügen) \_\_\_\_\_

8.) Namen und Anschrift von Unfallbeteiligten \_\_\_\_\_

9.) Namen und Anschrift von Zeugen \_\_\_\_\_

10.) Anschrift und Aktenzeichen der unfallaufnehmenden Polizeidienststelle \_\_\_\_\_

11.) Welcher Art ist die Verletzung? \_\_\_\_\_

12.) In welchem Zeitraum haben Sie unfallbedingt überhaupt nicht \_\_\_\_\_ teilweise nicht: \_\_\_\_\_ gearbeitet?  
(Diese Frage bedeutet bei Kindern: Beeinträchtigung der normalen Tätigkeiten wie Schule, Kindergarten, Spiel usw.)

13.) Waren Sie vor Eintritt des Unfalls völlig gesund und arbeitsfähig? Ja  Nein

14.) a) Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Ja  Nein

b) Wurde Ihnen eine Blutprobe entnommen? Ja  Nein

15.) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte \_\_\_\_\_

16.) Name und Anschrift der behandelnden Klinik \_\_\_\_\_

17.) Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja  Nein

18.) Name, Anschrift und Versicherungsnummer weiterer Unfallversicherungen \_\_\_\_\_ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja  Nein

19.) Name, Anschrift und Betriebsnummer Ihrer Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_ Wurde der Unfall dort gemeldet? Ja  Nein

20.) Beziehen Sie Unfall- oder sonstige Renten? Ja  Nein  Falls ja, seit wann und weswegen? \_\_\_\_\_

21.) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle? Ja  Nein  Falls ja, wann und welcher Art? \_\_\_\_\_

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).

**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.

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 Einhaltung von Fristen zur Feststellung und Geltendmachung möglicher Invaliditätsansprüche sowie 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 Unfallversicherung

SCHADEN - NR. \_\_\_\_\_

1.) Zu- und Vorname des Patienten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Strasse / Nr

\_\_\_\_\_ tatsächlich ausgeübter Beruf des Patienten

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

\_\_\_\_\_ Telefon beruflich

2.) Unfalldatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Unfallzeit

3.) Unfallursache und -hergang \_\_\_\_\_

4.) Wann und wo hat sich der Verletzte wegen des Unfalls erstmals in ärztliche Behandlung begeben? \_\_\_\_\_

5.) Befund \_\_\_\_\_

6.) Diagnose \_\_\_\_\_

7.) Therapie- und Behandlungsdauer \_\_\_\_\_

8.) Beruht die jetzige Erkrankung möglicherweise auf einem unfallunabhängigen Leiden?  Ja  Nein

9.) War der Verletzte vor Eintritt des Unfalls völlig gesund und arbeitsfähig?  Ja  Nein

10.) Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt? \_\_\_\_\_

11.) Mit welchem prozentualen Anteil wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit? \_\_\_\_\_ %

12.) Sind Vorerkrankungen ursächlich für den Unfall (insbesondere Geistes- oder Bewußtseinsstörungen)?  Ja  Nein

13.) Stand der Verletzte unter Alkohol-, Rauschmittel- oder Medikamenteneinfluß?  Ja  Nein

14.) Welche Ärzte hat der Verletzte außer Ihnen konsultiert? \_\_\_\_\_

15.) An welchen Tagen war der Verletzte (außer zu Ziff. 4) in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

16.) Wann war die unfallbedingte ärztliche Behandlung abgeschlossen? \_\_\_\_\_

17.) War der Verletzte bettlägerig  Ja  Nein Konnte er schriftliche Arbeiten verrichten?  Ja  Nein

Konnte er aufsichtsführende oder leitende Tätigkeiten verrichten?  Ja  Nein

Konnte er, wenn auch eingeschränkt, mitarbeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, \_\_\_\_\_ Stunden täglich

18.) Beeinträchtigt die Verletzung die normalerweise ausgeübte Tätigkeit des Verletzten?  Ja  Nein

19.) Wenn ja, in welchem Grad war der Verletzte wegen der Unfallfolgen in seiner normalerweise ausgeübten Tätigkeit beeinträchtigt (bitte abgestufte Angaben entsprechend dem Heilungsprozess)?

Hinweis: Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist nach den Grundsätzen der privaten Unfallversicherung dann gegeben, wenn der Verletzte seiner normalen ausgeübten Tätigkeit in keiner Weise nachgehen und sich überhaupt nicht um berufliche Angelegenheiten kümmern konnte, auch nicht leitend oder aufsichtsführend oder dergleichen. Dies gilt auch für Hausfrauen und Rentner sofern sie ihrer normalerweise ausgeübten Tätigkeit nicht nachgehen können.

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

20.) Ab wann konnte der Verletzte seiner beruflichen Tätigkeit wieder in vollem Umfang nachgehen? \_\_\_\_\_

21.) Nur für den Fall der stationären Behandlung auszufüllen.

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

In welchem Zeitraum befand sich der Patient in stationärer Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Name und Anschrift der behandelnden Klinik

Falls vorhanden, erbitten wir eine Kopie des Krankenhausberichtes.

\_\_\_\_\_ Ort, Datum

\_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift des Arztes