



Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen 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.



Unfallanzeige

Sehr geehrter Versicherungsnehmer, um Ihren Schadenfall zügig bearbeiten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir bitten deshalb, die Unfallanzeige sorgfältig auszufüllen und unverzüglich unterschrieben zurückzusenden. **Beachten Sie bitte die beiliegende Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.**

Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mithilfe und werden uns bemühen, den Schaden rasch und zu Ihrer Zufriedenheit zu bearbeiten.

Vers.-Nr.:	Schaden-Nr.:
<u>Versicherte Summen:</u>	
Todesfall: Euro	Krankenhaustagegeld: Euro
Invalidität: Euro	Genesungsgeld: Euro
Tagegeld: Euro	Übergangentschädigung: Euro

1. Des Versicherten	
a) Vor- und Zuname:	1. a)
b) Wohnort, Straße und Hausnummer,	b)
c) Stand oder Beschäftigung:	c)
d) Geburtsdatum:	d) (Tag) (Monat) (Jahr)
e) Zu welchem Unternehmen besteht ein Arbeitsverhältnis?	e)

2. Hergang des Unfalles?	
a) Wann ist der Unfall entstanden?	2. a) am Uhr
b) Wo?	b)
c) Bei welcher Verrichtung oder Tätigkeit?	c)
d) Was war die Veranlassung zu dem Unfall und wie war der Hergang?	d)
(Diese Frage ist so ausführlich zu beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt)	
.....	
.....	
.....	
e) Wurde der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet? Welcher?	e)
f) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? Von welcher Dienststelle?	f)
g) Hat der Versicherte in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen? Wieviel?	g)
3. a) Welche Personen waren Zeugen des Hergangs?	
.....	
b) Wenn keiner zugegen war, wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen?	b)
c) Hat eine andere Person den Unfall verschuldet, gegebenenfalls wer? (Zu a-c- Wir bitten, Name, Stand und Anschrift anzugeben)	c)

4. Folgen des Unfalles	
a) Welche Verletzungen oder sonstigen Gesundheitsschädigungen sind eingetreten?	4. a)
.....	
b) Wird der Unfall möglicherweise eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben?	b)

5. a) War der Verletzte vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig?
- b) Oder an welchen Krankheiten oder Beschwerden litt er?
- c) Erhielt er für eine frühere Beschäftigung eine Rente? Von welcher Stelle?

5. a) _____

 b) _____

 c) _____

6. a) Welcher Arzt hat die erste ärztliche Hilfe geleistet?
- b) Wann?
- c) Wo befindet sich der Verletzte jetzt?
In seiner Wohnung, im Krankenhaus (weichem?), in fremder Pflege?
- d) Wer ist der behandelnde Arzt?
(Zu a und d bitte Anschrift angeben)
- e) Falls fachärztliche Behandlung stattfand, Name und Anschrift des Arztes:

6. a) _____

 b) am _____ um _____ Uhr
 c) _____

 d) _____

 e) _____

7. a) Wie lange wird voraussichtlich die ärztliche Behandlung dauern?
- b) Muß der Verletzte das Bett hüten?
- c) Oder kann er ausgehen?
- d) Kann er schriftliche Arbeiten verrichten?
- e) Kann er seine beruflichen Obliegenheiten, sei es in den Geschäftsräumen oder in seiner Wohnung, teilweise erfüllen?

7. a) _____

 b) _____

 c) _____

 d) _____

 e) _____

8. a) Besteht eine Unfallversicherung auch bei einer anderen Gesellschaft, gegebenenfalls welcher?

Unter welcher Versicherungsnummer?
Mit welchen Versicherungssummen?
- b) Besteht eine private Krankenversicherung, gegebenenfalls bei welcher Gesellschaft oder Kasse?
- c) Hat der Verletzte schon früher eine Entschädigung für einen Unfall erhalten? Von welcher Gesellschaft, wieviel und wann?
- d) Ist schon einmal eine vom Verletzten beantragte Lebens- oder Unfallversicherung abgelehnt oder zurückgestellt oder eine solche Versicherung vom Versicherer gekündigt worden?

8. a) _____

 b) _____

 c) _____

 d) _____

Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet. **Die gesonderten Hinweise zu meinen Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten gemäß § 28 Abs. 4 VVG habe ich zur Kenntnis genommen.**

_____ den _____

(Unterschrift des Versicherten)

Schaden-Nr. (Bitte stets angeben)

Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung

für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

1. **Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die SHB Allgemeine Versicherung VVaG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die SHB Allgemeine Versicherung VVaG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

- Ich willige ein, dass die SHB Allgemeine Versicherung VVaG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die SHB Allgemeine Versicherung VVaG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die SHB Allgemeine Versicherung VVaG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die SHB Allgemeine Versicherung VVaG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die SHB Allgemeine Versicherung VVaG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die SHB Allgemeine Versicherung VVaG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SHB Allgemeine Versicherung VVaG einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die SHB Allgemeine Versicherung VVaG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die SHB Allgemeine Versicherung benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SHB Allgemeine Versicherung VVaG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SHB Allgemeine Versicherung VVaG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SHB Allgemeine Versicherung VVaG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Name der/des Verletzten: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreter