

Unfallanzeige

Unser Zeichen (bitte immer angeben)

Versicherungsnummer

Beachten Sie bitte unbedingt das beigefügte **Hinweisblatt für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz in Ihrer Unfallversicherung**. Ansonsten können Ihnen erhebliche Rechtsnachteile bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen entstehen.

Ist ein Schadenfall eingetreten, haben Sie eine Reihe von vertraglich vereinbarten Obliegenheiten zu beachten. Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann das Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz bei vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung vollständig, bei grob fahrlässiger Obliegenheitsverletzung zumindest teilweise versagen.

Versicherungsnehmer

Name, Vorname

eventuell Firmenbezeichnung

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon tagsüber

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit bzw. Betrieb

Ist der Versicherungsnehmer bzw. dessen Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt?

nein ja

Wenn aus dem öffentlichen Dienst ausgeschieden, wann?

Datum

Verletzte Person

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit

Telefon tagsüber

Telefon abends

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden

Unfalltag

Datum Uhrzeit

Unfallort

(genaue Bezeichnung: Ort, Straße, Hausnummer usw.)

Bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit erlitt die verletzte Person den Unfall?

Hatte die verletzte Person in den letzten 24 Stunden vor dem Unfall:

Alkohol genommen?

nein ja, Ergebnis %

Medikamente genommen?

nein ja, welche?

Drogen genommen?

nein ja, welche?

Ereignete sich der Unfall während der/des

Freizeit? Berufs?

Unfallursache und Unfallhergang

(Diese Frage bitte so ausführlich beantworten, dass sich ein deutliches Bild des Unfalls ergibt; eventuell ein gesondertes Blatt einreichen.)

Welche Personen haben den Schadenhergang beobachtet? (bitte Namen und Anschriften angeben)

Von welcher Polizeidienststelle wurde der Unfall aufgenommen? (Bitte Aktenzeichen angeben)

Aktenzeichen

Wurde eine Verwarnung ausgesprochen oder ein Ermittlungsverfahren eingeleitet?

nein ja, gegen

Verletzte/r Körperteil/e

Art der Verletzung/en

Behandlung
Krankenhausaufenthalt
(bitte vollständige Anschrift angeben)

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ambulante Behandlung
(bitte vollständige Anschrift der behandelnden Ärzte angeben)

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Ärzte oder Krankenhäuser wurden wegen der Unfallfolgen außerdem noch in Anspruch genommen?
(Bitte Namen und Anschriften angeben)

Voraussichtliche Dauer des Heilungsverfahrens nach Angabe des Arztes?

In welchem Umfang konnte die verletzte Person nach dem Unfall ihre ausgeübte berufliche Tätigkeit ausüben?

Leidet oder litt die verletzte Person an Krankheiten oder Gebrechen vor dem Unfall? nein ja, welche?

Welche Ärzte haben die verletzte Person deshalb behandelt?

Hat die verletzte Person schon früher einen Unfall erlitten? nein ja, wann und welcher Art?

Bestand bereits vor dem Unfall eine dauernde Beeinträchtigung? nein ja

Wodurch und in welchem Grad (%)?
(darunter fallen auch Kriegsdienstbeschädigungen)

Besteht Pflegebedürftigkeit? nein ja, Pflegestufe
 I II III Seit wann? Datum

Bestehen für die verletzte Person noch anderweitig Unfallversicherungen bzw. wurden solche beantragt (z. B. Lebensversicherung mit Unfallzusatz)? nein ja

Wenn ja, bei welchem Versicherungsunternehmen?
(Versicherungsnummer - wenn bekannt- Schadennummer angeben)

Name	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Schadennummer	<input type="text"/>

Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft?

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

30 17 95; €1/14 ca Anlage 952

An wen ist eine Versicherungsleistung auszuzahlen?
(Bitte Bankverbindung angeben)

Kreditinstitut	Kontoinhaber
IBAN	
BIC	

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung)

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist der Bayerische Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, der Versicherer, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an Unternehmen, die mit Serviceleistungen beauftragt sind, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.)
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. 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 der Versicherer 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. Der Versicherer benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB 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

Allgemeine Entbindung von der Schweigepflicht
(bitte ankreuzen, wenn Sie diese Möglichkeit wählen)

- Ich willige ein, dass der Versicherer – 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 den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer 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

Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall:
(bitte ankreuzen, wenn Sie diese Möglichkeit wählen)

- Ich wünsche, dass mich der Versicherer 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 den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung 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 den Versicherer 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.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Der Versicherer 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 der Versicherer 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 den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für den Versicherer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet dienstleister.vkb.de eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: datenschutz@vkb.de, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtenbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten.

Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass der Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4.).

Der Versicherer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Übersicht Dienstleister

nach Ziff. 3.2 der Einwilligungserklärung
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen: <ul style="list-style-type: none"> • Versicherungskammer Bayern Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts • Bayerische Landesbrandversicherung AG • Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft • Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG • Bayerische Beamtenkrankenkasse AG • Union Krankenversicherung AG • Union Reiseversicherung AG • Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG • SAARLAND Feuerversicherung AG • SAARLAND Lebensversicherung AG • Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG • Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG • Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) • Pensions-Management GmbH • Bavaria Versicherungs-Vermittlungs GmbH • Consal-Makler-Service GmbH • Consal-Service-Gesellschaft mbH • Consal-Versicherungsdienste GmbH • Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH 	Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In-/Exkasso.
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaft für angewandte Versicherungs-Informatik mbH • Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH • Saarland Informatik Service GmbH • OEV Online Dienste GmbH • sonstige DV-Dienstleister 	DV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Gutachter 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung
<ul style="list-style-type: none"> • ARVATO AG 	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester
<ul style="list-style-type: none"> • Verband öffentlicher Versicherer - Deutsche Rückversicherung • General Reinsurance AG • Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. • Info Partner KG • Creditreform München • Creditreform Saarbrücken Link & Maurer KG 	Betreiben von Auskunftsdatenbanken
<ul style="list-style-type: none"> • Adress Research 	Adressenaktualisierung
<ul style="list-style-type: none"> • COMPASS Private Pflegeberatung GmbH • Deutsche Assistance Service GmbH • RehaAssist Deutschland GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> • Pro Tect Versicherung AG • Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung: Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> • Combitel 	Service-Center

(Bitte unterschreiben Sie diese Erklärung gesondert, da sonst keine weitere Bearbeitung möglich ist)

Unterschrift der verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in

Das **Hinweisblatt zum Versicherungsschutz der Unfallversicherung** habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben, zu vollständiger oder teilweiser Leistungsfreiheit führen können.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Hinweis für den Schadenfall: Die zur Schadenbearbeitung erforderlichen Daten der Beteiligten haben wir gespeichert. Die allgemeinen Daten führen die zur Versicherungsgruppe Versicherungskammer Bayern gehörenden Unternehmen in gemeinsamen Datensammlungen.

Bitte trennen Sie dieses Merkblatt ab und nehmen es zu Ihren Unterlagen.

Wichtige Hinweise für den Schadenfall und zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung

Mitteilung nach § 28 Absatz 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, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens – ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust – kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung oder Vorlage 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, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den für Sie geltenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen des Bayerischen Versicherungsverbandes, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung bzw. weiteren mit Ihnen vereinbarten Besonderen Versicherungsbedingungen.

Bitte reichen Sie möglichst alle bisher erhaltenen Befundberichte (z. B. Krankenhausentlassungsbericht, MRT-Befunde etc.) in Kopie ein.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung/Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

Bei einem **Zeckenstich** beachten Sie bitte einen abweichenden Fristbeginn. Die vorher genannten Fristen beginnen in diesem Fall erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion. Näheres entnehmen Sie der Besonderen Bedingung für den Versicherungsschutz bei Folgen von Zeckenstichen.

Für die **Unfallrente** gilt zusätzlich, dass der Grad der Invalidität mindestens 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen betragen muss.

2. Übergangsleistung

Ein Anspruch auf **Übergangsleistung/Erweiterte Übergangsleistung** besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von **drei Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mindestens **100%** beeinträchtigt ist,
 - die Beeinträchtigung innerhalb der drei Monate ununterbrochen bestanden hat.
 - Die Beeinträchtigung muss spätestens **vier Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben bzw.
- nach Ablauf von **sechs Monaten** vom Unfalltag an gerechnet und
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
 - noch um mindestens **50%** beeinträchtigt ist,
 - die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
 - Die Beeinträchtigung muss spätestens **sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Kosmetische Operationen

Die kosmetische Operation muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Bitte beachten Sie auch, dass bei kosmetischen Operationskosten infolge eines versicherten Unfalls keine Umsatzsteuer übernommen werden kann.

4. Leistungsarten außerhalb der AUB/AB UBR

Haben Sie außerhalb der AUB bzw. der AB UBR mit uns weitere Leistungen (z.B. Sofortleistungen, Kurbeihilfen, Invaliditäts-Zusatzversorgung für Kinder) vereinbart, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und einzuhaltenden Fristen den jeweiligen besonderen Bedingungen zu entnehmen.

5. Neubemessung der Invalidität

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, ärztlich neu bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Das Recht zur Neubemessung ist von uns zusammen mit unserer Erklärung über die Leistungspflicht geltend zu machen. Von Ihnen muss das Recht vor Ablauf der maßgeblichen Frist ausgeübt werden.

Die Schadenmeldung zur Unfallversicherung senden Sie bitte direkt an:

Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft
80530 München

Für weitere Fragen zu Ihrer Unfallversicherung sind wir unter der Service-Nummer (0 89) 21 60-62 62 für Sie da.