

Unfallanzeige

Unser Zeichen (bitte immer angeben)

Versicherungsnummer

Beachten Sie bitte **unbedingt** das beigefügte **Hinweisblatt für den Schadenfall 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

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)

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

von bis

Ambulante Behandlung
(bitte vollständige Anschrift der behandelnden Ärzte angeben)

von bis

Wann und wo erfolgte die erstmalige Unfallbehandlung?
(Bitte Namen und Anschriften angeben)

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

Hatte die verletzte Person bereits vorher einen Unfall?

nein ja, welche und wann

Leidet oder litt die verletzte Person vor dem Unfall an Krankheiten oder Gebrechen?

Resultieren daraus eine Invalidität / MdE / Rente / BU- oder AU-Zeiten?

nein ja, welche?

nein ja

ggf. Grad der Behinderung %

bzw. welche Rente?

Wenn ja, was und in welchem Umfang?

Von welchen Ärzten und aufgrund welcher Diagnosen wurde die verletzte Person in den letzten 5 Jahren vor dem Unfall behandelt?

Besteht Pflegebedürftigkeit?

Wenn ja, bitte Bescheid und MDK-Gutachten miteinreichen

nein ja, Pflegegrad

2 3 4 5 Seit wann? Datum

Bestehen für die verletzte Person noch anderweitig Unfallversicherungen bzw. wurden solche beantragt (z. B. Lebensversicherung mit Unfallzusatz)? Geben Sie bitte auch Verträge an, welche über Dritte (z. B. Arbeitgeber, Sportverein) abgeschlossen wurden.

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

nein ja

Name

Anschrift

Versicherungsnummer Schadennummer

Wenn ja, bei welcher Berufsgenossenschaft?

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

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

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

BIC

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung / Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten die Bearbeitung Ihres Schadens bzw. Leistungsfalles gegebenenfalls nicht möglich sein wird.

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 die Feuerversicherung Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft.

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutz-Grundverordnung 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 Durchführung Ihres Versicherungsvertrages bei dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird die Bearbeitung des gemeldeten Schadens 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.)

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 dieser Unfallanzeige und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung des gemeldeten Schadens 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 Heilberufes 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 werden in jedem Einzelfall vom Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen und zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie

- in die Erhebung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwilligen, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinden und in die Übermittlung Ihrer Gesundheitsfragen an den Versicherer einwilligen oder
- die erforderlichen Unterlagen und Informationen selber beibringen wollen.

Ihnen ist bekannt, dass ohne Vorlage der notwendigen Unterlagen und Informationen eine Bearbeitung des gemeldeten Schadenfalls nicht möglich ist.

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.

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

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 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 Schweigepflichtentbindung 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 unter 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 Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.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 Schweigepflichtentbindung. 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 andere Unfallversicherungen

Im Rahmen einer konformen, zeit- und kostensparenden Bearbeitung ist es notwendig, dass der Versicherer sich mit den weiteren genannten Unfallversicherungen in Verbindung setzt. Hierbei werden in der Regel keine Gesundheitsdaten ausgetauscht, sondern lediglich Informationen zum Vertrag, um vereinbaren zu können, welcher Versicherer die federführende Bearbeitung übernimmt.

Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung:

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten sowie die notwendigen Daten aus meinem Vertrag an die von mir genannten weiteren Unfallversicherungen übermittelt, soweit dies zur konformen Bearbeitung notwendig ist. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die anderen Unfallversicherer und die dort tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Übersicht Dienstleister

zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken-, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung
(Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)

Bitte beachten Sie: Jeder dieser Dienstleister erhält personenbezogene Daten nur dann, wenn dies zur Erfüllung der übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Andernfalls findet keine Datenübermittlung statt.

Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
<p>Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen</p> <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 ▪ Feuerversozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG ▪ Öffentliche Lebensversicherung Berlin Brandenburg AG ▪ Ostdeutsche Versicherung AG (OVAG) ▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH 	<p>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 (Zahlungsverkehr).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH ▪ Versicherungskammer ▪ Maklermanagement Kranken GmbH ▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH ▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH ▪ Bayerische Versicherungskammer ▪ Landesbrand Kundenservice GmbH ▪ Versicherungsservice MFA GmbH ▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH 	Kunden- und Vertriebsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH ▪ VKBit Betrieb GmbH 	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combitel GmbH 	Service-Center (z. B. für telefonische Auskünfte)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MediRisk Bayern ▪ Risk- und Rehamanagement GmbH 	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
Externe Unternehmen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung 	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concentrix Services (Germany) GmbH 	Polizierung und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Gutachter ▪ medizinische Berater 	Erstellung und Überprüfung ärztlicher Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actineo GmbH 	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen 	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVATO AG 	Zulagenverwaltung und -abwicklung Riester Beitragsmeldungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband öffentlicher Versicherer – Deutsche Rückversicherung ▪ General Reinsurance AG ▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG 	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. 	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info Partner KG ▪ Creditreform ▪ infoscore Consumer Data GmbH 	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ▪ Deutsche Assistance Service GmbH ▪ RehaAssist Deutschland GmbH ▪ MD Medicus Assistance Service GmbH 	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ProTect Versicherung AG ▪ Cardif Allgemeine Versicherung 	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden

Stand: 01.01.2018

(Bitte unterschreiben Sie diese Erklärung bzgl. der Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten 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
Unterschrift der verletzten Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreter/in

Ort, Datum
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.

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 fristgerechte 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 der Feuerversicherungsgesellschaft Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft, 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.

bzw. wenn Sie die AUB 2013 vereinbart haben:

innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb von 21 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 30 % oder 50 % ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen erreicht werden muss.

2. Übergangsleistung – außer AUB 2013

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:

Feuersozietät Berlin Brandenburg Versicherung Aktiengesellschaft
10913 Berlin
oder an schaden@feuersozietat.de

Für weitere Fragen zu Ihrer Unfallversicherung sind wir unter der Service-Nummer (0 30) 26 33-9 32 für Sie da.