



Kranken-Zusatzversicherung-Schadenanzeige

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

eine rasche Bearbeitung des Schadens ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich und vollständig beantworten und die Schadenanzeige umgehend an uns zurücksenden. Nehmen Sie bitte die „Gesonderte Belehrung“ über die Folgen bei Verletzungen bei Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall zur Kenntnis.

Versicherungsnummer: _____	Liegt ein Unfall vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schaden-/Unfalltag: (Tag/Monat/Jahr/Uhrzeit) _____ _____	(wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt) frühestens am: _____ spätestens am: _____
Schaden-/Unfallort: (genaue Bezeichnung, PLZ, Straße, Hausnummer, Räumlichkeiten usw.) _____	

Angaben zur versicherten Person:

_____ Name, Vorname	_____ Geb.-Datum	_____ Telefon
_____ Anschrift		_____ Beruf/ausgeübte Tätigkeit
Bestehen weitere Unfallversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei folgenden Gesellschaften _____	
_____ Versicherungs-Nr.		

Unfallhergang und Tätigkeit zur Zeit des Unfalls (bitte genaue, wahrheitsgetreue Schilderung):

Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten? Welche Körperteile sind betroffen? Welche Diagnose?

Hat sich der Unfall während der beruflichen Tätigkeit ereignet? nein ja

Polizeilich aufgenommen nein ja	Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer _____ _____	gebührenpflichtig verwarnt/angezeigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegebenenfalls wer _____
---	--	--

Alkohol vor dem Unfall getrunken? nein ja Blutprobe entnommen? nein ja, Menge _____ %

Drogen vor dem Unfall konsumiert? nein ja, welche _____

Medikamente vor dem Unfall eingenommen? nein ja, welche _____

Stationärer Krankenhausaufenthalt? nein ja, Dauer: _____

Welche Personen waren bei dem Unfall anwesend? (Bitte Namen und Adressen angeben)

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

Stationärer Aufenthalt? nein ja, von _____ bis _____

Wenn ja, in welchem Krankenhaus? (Bitte Namen und Adresse angeben.)

Welcher Krankenkasse oder -versicherung gehört der Verletzte an?

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet? (ggf. Anschrift/Aktenzeichen)

Bestehen unfallunabhängige Krankheiten oder Gebrechen? Wenn ja, seit wann? _____

Welche? _____

Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten? Wenn ja, wann? _____

Verletzungen? _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Atteste, Bescheinigungen, Rechnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung der Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hier ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

Zum Zwecke der Leistungsprüfung befreie ich, jederzeit widerrufbar, von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, 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 DFV - Deutsche Familienversicherung AG wird mich vor der Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die DFV Deutsche Familienversicherung AG informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Dies gilt auch für den Leistungsfall. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zu Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindungserklärung im Einzelfall kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung in Höhe von 20,00 € verlangen.

2. Datenverwendung zur Leistungsprüfung

Ich willige in die Verwendung von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die DFV - Deutsche Familienversicherung AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

3. Erklärung für mitzuversichernde Personen

Die vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Ort

Datum

Telefon

Unterschrift Versicherter/Verletzter/Vertreter

Hinweis / Unterschriften / Zahlungen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
da der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Nach Eintritt des Versicherungsfalls können wir von Ihnen 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 dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Verletzung der Obliegenheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung ganz oder teilweise im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Beweislast

Im Falle der Verletzung einer Obliegenheit zur Auskunft oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns 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.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Ort	Datum	Telefon	Unterschrift Versicherungsnehmer
-----	-------	---------	----------------------------------

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber	Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer
--------------	--------------	--------------	-------------