

- f. Erster Behandlungstag / Uhrzeit _____ /
Erstbehandelnder Arzt mit Anschrift (bzw. Name und Anschrift des Krankenhauses)
- g. Weiterbehandelnder Arzt mit Anschrift
- Zeitraum der vollstationären Behandlung von _____ bis _____
- h. Art und Umfang der Verletzungen
Wieder arbeitsfähig seit / ab _____
- i. War die verletzte Person vor dem Unfall vollständig gesund ja nein
- j. Welche Folgen aus früheren Unfällen oder Krankheiten, Gebrechen bestehen / bestanden?
- k. Grad der Behinderung (GdB) vor dem Unfall _____ Pflegestufe (vor dem Unfall) _____
- l. Besteht für die verletzte Person eine weitere Unfallversicherung (z. B. Schutzbrief, Sportverein, Arbeitgeber, andere Versicherer)? ja nein
Name, Anschrift und Vertragsnr. / Schadenr. des weiteren Unfallversicherers _____
- m. Bestand bereits früher Unfallversicherungsschutz? ja nein
Bei welcher Gesellschaft? _____
- Sind bereits früher Leistungen erfolgt? ja nein
- n. Ist der Unfall einer Berufsgenossenschaft gemeldet worden? ja nein
Welcher? _____
Krankenkasse der verletzten Person _____

Zahlungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber Name _____

Swift _____

IBAN _____

Geldinstitut _____

(Name, Ort)

Wichtiger Hinweis:

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit vorsätzlich verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Unterschrift

Ort / Datum

Unterschrift des Verletzten

Unterschrift des Versicherungsnehmers bzw. im
Todesfall Unterschriften der Erben /
Bezugsberechtigten

Hinweise für den Schadenfall:

Im Schadenfall gibt es sowohl in Ihrem Versicherungsvertrag als auch im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Obliegenheiten, die zu beachten sind. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Wichtig ist insbesondere, dass Sie die Unfallanzeige wahrheitsgemäß ausfüllen, uns diese unverzüglich zurücksenden und uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte in gleicher Weise erteilen.

Was Sie im Einzelnen bei uns versichert haben, ist in Ihrem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen beschrieben. Auf die folgenden wichtigen Punkte möchten wir Sie jetzt noch einmal aufmerksam machen.

Invaliditätsleistung:

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung setzt voraus, dass die körperliche/geistige Leistungsfähigkeit oder eine Gliedmaße/ein Sinnesorgan durch den Unfall auf Dauer beeinträchtigt ist (Invalidität). Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres 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 werden, auch wenn uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde.

Im Einzelfall können zu Ihren Gunsten verlängerte Fristen vereinbart sein, die aus dem Versicherungsschein ersichtlich sind.

Übergangsleistung (soweit mitversichert):

Ein Anspruch auf Übergangsleistung muss spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Ihnen bei uns geltend gemacht worden sein. Das gilt unabhängig davon, ob uns der Unfall zuvor bereits gemeldet wurde. Wird die Frist zur Geltendmachung versäumt, kann dies zum Verlust des Anspruches auf Übergangsleistung führen.

Weitere Leistungsarten:

Beachten Sie bei weiteren Leistungsarten bitte unbedingt die im Versicherungsschein vermerkten Fristen.

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 die Leistungsfallprüfung erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die HDI Global SE, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. 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 geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Kundenservicegesellschaften, weitere Unfallversicherer oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Leistungsfallprüfung bei der HDI Global SE unentbehrlich.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch HDI Global SE selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der HDI Global SE (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 die HDI Global SE

Ich willige ein, dass die HDI Global SE die von mir in dieser Leistungsfallprüfung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsfallprüfung sowie zur weiteren Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 und hierzu Informationen von Stellen abgefragt werden müssen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns 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 (1.) oder später im Einzelfall (2.) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten und kreuzen Sie entsprechend an:

1. Möglichkeit :



Ich willige ein, dass die HDI Global SE – soweit es 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 HDI Global SE übermittelt werden.

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

2. Möglichkeit :



Ich wünsche, dass mich die HDI Global SE 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 HDI Global SE einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die HDI Global SE einwillige oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung 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 HDI Global SE 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.

Bitte unbedingt **eine(!)** der beiden Alternativen bei **Möglichkeit 1** und **2 ankreuzen!**

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der HDI Global SE

Die HDI Global SE 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. Wir benötigen 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 HDI Global SE 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 die HDI Global SE zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die HDI Global SE tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft des TALANX Konzerns oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.hdi.global eingesehen oder bei unserem Datenschutzbeauftragten (TALANX AG, Riethorst 2, 30659 Hannover, E-Mail: privacy@talanx.com) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die HDI Global SE 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 die HDI Global SE dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des TALANX Konzerns und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten

Ich willige ein, dass die HDI Global SE die von mir in dieser Leistungsfallprüfung und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Leistungsfallprüfung sowie zur weiteren Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht kann es noch erforderlich werden, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, 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 und hierzu Informationen von Stellen abgefragt werden müssen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung, die wir Ihnen bei Bedarf noch zusenden werden.

Ort, Datum
Unterschrift versicherte Person
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s