

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Meldeformular Krankenversicherung KlinikSchutz

Fragebogen für Versicherungsnehmer

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

eine rasche Bearbeitung des Versicherungsfalles ist nur möglich, wenn Sie die nachstehenden Fragen ausführlich und vollständig beantworten und die Schadenanzeige umgehend an uns zurücksenden.

Vielen Dank.

Einwilligung nach Art. 7 und 9 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten und die Wahrung Ihres Persönlichkeitsrechts sind uns wichtig. Um den Schaden-/Leistungsfall prüfen zu können, benötigen wir Ihre Angaben zum Versicherungsfall. Hierzu gehören unter Umständen auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Um diese Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, ist Ihre Einwilligung erforderlich.

Sie haben das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sowie weitere nach § 203 StGB geschützte Daten zum Zwecke der Schaden-/Leistungsfallbearbeitung im Rahmen des Versicherungsfalles von der Deutschen Familienversicherung verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Belehrung nach § 28 Abs. 4VVG

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.

Die voranstehende Belehrung und die Folgen bei einer Verletzung dieser Obliegenheiten habe ich zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Policen-Nr.

Leistungsfallnummer

1. Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Telefon

Name der gesetzlichen Krankenkasse

Versichertennummer
der gesetzlichen Krankenkasse

Werden bei der gesetzlichen Krankenkasse Ansprüche geltend gemacht? nein ja

2. Angaben zu weiteren Versicherungen

Bestehen weitere private Krankenzusatzversicherungen?

nein ja

Bei folgender Gesellschaft

Versicherungsnummer

Werden bei dort Ansprüche geltend gemacht?

nein ja

Bestehen private oder gesetzliche Unfallversicherungen?

nein ja

Bei folgenden Gesellschaften

Versicherungsnummer

Werden bei den Unfallversicherungen Ansprüche geltend gemacht?

nein ja

3. Angaben zur stationären Behandlung

Welche Leistungen werden/wurden hinsichtlich des stationären Aufenthaltes in Anspruch genommen?

Chefarztbehandlung Einbettzimmer Ersatzkrankenhaustagegeld

In welchem Krankenhaus und in welchem Zeitraum fand die stationäre Behandlung statt? (Bitte Name und Adresse angeben.)

von bis

Die stationäre Behandlung ist vorgesehen für den Zeitraum

von bis

Aufgrund welcher Erkrankungen befanden/befinden Sie sich in stationärer Behandlung? (Medizinische Diagnose, ICD-10-Code)

Wann wurde die Behandlung ärztlich angeraten?

Schwangerschaft/Entbindung nein ja

Fand eine Operation statt? nein ja

Seit wann befinden Sie sich aufgrund der behandelten Erkrankung in ärztlicher Behandlung und bei wem?

(Bitte Name und Adresse angeben.)

Bestanden vor dem stationären Aufenthalt Krankheiten oder Gebrechen? nein ja

Wenn ja, welche und seit wann?

4. Sofern ein Unfall vorgelegen hat:

Unfalltag

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

Welcher Drittverursacher hat den Unfall nach Ihrer Auffassung verursacht?

Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? nein ja

Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

Haben Sie vor dem Unfall Alkohol getrunken? nein ja

Wurde nach dem Unfall eine Blutprobe entnommen? nein ja

Blutalkoholkonzentration

Wurden vor dem Unfall Drogen (z.B. Heroin, Morphin, Cannabis, Kokain, Speed, etc) konsumiert?

nein ja, welche

Wurden vor dem Unfall Medikamente eingenommen?

nein ja, welche

Haben Zeugen den Unfall beobachtet? (Bitte Name und Adresse angeben.)

Bestehen Ansprüche gegen Dritte?

nein ja, bei

(Bitte Name und Adresse angeben.)

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

Wenn ja, welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Zahlungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber

Geldinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers

Bitte ausgefüllt an uns zurücksenden!

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Policen-Nr.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Vertragsnummer

Versicherungsnehmer/versicherte Person

Anschrift

Telefon

Ihr Az/Ihre Nachricht vom

Ihr Mandant

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten jedoch keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten.

Zur Prüfung und Beurteilung Ihres geltend gemachten Anspruchs sowie unserer Leistungspflicht ist es notwendig, medizinische Auskünfte und Informationen von den unten näher bezeichneten Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf eventuelle Vorerkrankungen, welche für die Prüfung und Beurteilung des hier in Rede stehenden Leistungsanspruchs vom von Bedeutung sein könnten.

Bitte beachten Sie, dass wir ohne diese Daten Ihren Anspruch nicht prüfen und bearbeiten können.

Die Anfrage soll an die nachfolgend benannten Stellen für den Zeitraum
vom bis gerichtet werden:

1. Hausarzt

2. Facharzt

3. Krankenkasse

Ich willige ein, dass die Deutsche Familienversicherung AG meine Gesundheitsdaten, soweit diese für die Prüfung und Beurteilung des geltend gemachten Leistungsanspruchs erforderlich sind, bei den oben genannten Stellen erhebt und für diesen Zweck verwendet.

Hierzu befreie ich die Personen und dort beschäftigten Mitarbeiter der in den vorgelegten Unterlagen genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen an die Deutsche Familienversicherung AG übermittelt werden.

Ich willige darüber hinaus ein, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Deutsche Familienversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie insoweit auch die für die Deutsche Familienversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum



Unterschrift des Versicherungsnehmers/versicherte Person