

DFV Deutsche Familienversicherung AG
Reuterweg 47
60323 Frankfurt

Schadenanzeige Unfallversicherung

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Vielen Dank.

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.

Schaden-Nr.

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Telefon

Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Beruf/ausgeübte Tätigkeit

Telefon

Welche Leistungen möchten Sie aus der vorgenannten Versicherung in Anspruch nehmen?

Schaden-/Unfalltag:

(wenn genauer Schadenzeitpunkt nicht bekannt)

(Tag/Monat/Jahr/Uhrzeit)

frühestens am:

spätestens am:

Schaden-/Unfallort: (genaue Bezeichnung, PLZ, Straße, Hausnummer, Räumlichkeiten usw.)

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

Four empty horizontal lines for text entry.

2. Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten? Welche Körperteile sind betroffen?
Welche Diagnose (ICD-10-Code)?

Two empty horizontal lines for text entry.

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

Polizeilich aufgenommen nein ja

One empty horizontal line for text entry.

Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

gebührenpflichtig verwarnt/angezeigt nein ja, gegebenenfalls wer?

One empty horizontal line for text entry.

4. Haben Sie vor dem Unfall Alkohol getrunken? nein ja

5. Wurde eine Blutprobe entnommen? nein ja, Alkoholkonzentration %

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

nein ja, welche

7. Wurden vor dem Unfall Medikamente eingenommen?

nein ja, welche

8. Welche Personen waren bei dem Unfall anwesend? (Bitte Namen und Adresse angeben.)

Three empty horizontal lines for text entry.

9. Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

Three empty horizontal lines for text entry.

10. Stationärer Aufenthalt? nein ja, von bis

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

11. Welcher Krankenkasse oder -versicherung gehört der Verletzte an?

12. Besteht eine weitere Unfallversicherung? nein ja, bei

13. Besteht eine private Krankenzusatzversicherung? nein ja, bei

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

15. Bestehen unfallunabhängige Krankheiten oder Gebrechen? nein ja

Welche?

Seit wann?

16. Haben Sie bereits früher Unfälle erlitten? nein ja

Verletzungen

Seit wann?

17. Besteht bei Ihnen bereits eine ärztlich festgestellte Invalidität? nein ja

Wenn ja, weswegen?

Seit wann?

In welcher Höhe (bitte Angabe in Prozent)

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