

Schadennummer: _____

Polizeilich aufgenommen Anschrift der Dienststelle, Tagebuchnummer

nein

ja

gebührenpflichtig verwahrt/angezeigt? nein ja, ggf. 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: _____

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

Bei welcher anderen Gesellschaft ist der Versicherte gegen Unfall versichert? Ggf. seit wann?

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte:

Welcher Krankenkasse oder -versicherung gehört der Verletzte an?

Welcher Berufsgenossenschaft wurde der Unfall gemeldet?

Bei Kfz-Insassenunfallversicherung sind zusätzlich nachstehende Fragen zu beantworten

Amtliches Kennzeichen: _____ Fahrzeugart (PKW, LKW usw.): _____ Fabrikat und Typ: _____

Name und Anschrift des Fahrzeuglenkers: _____

Gültiger Führerschein: Klasse _____ Ausstellungsdatum: _____

Namen und Anschriften der verletzten Insassen Geburtsdatum Beruf

Hatten die verletzten Personen bei Schadeneintritt einen Sicherheitsgurt angelegt? ja nein

Gesamtzahl aller im Fahrzeug befindlichen Insassen (einschl. Fahrer)? _____ Personen

Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Schweigepflichtentbindungserklärung 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 hierzu 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 Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft 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 Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft 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 zur 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 der von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Leistungsprüfung durch die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

3. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke

Ich willige ein, dass die von der vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärung oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) der Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Nr. 6 der Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) keine Gesundheitsdaten weitergeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Nr. 6 der Einwilligungserklärung). Im Rahmen der Beratung und Information (Nr. 7 der Einwilligungserklärung) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch von der Schweigepflicht.

4. 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. Verstößen 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)

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Stationäre Behandlung von _____ bis _____
in _____

Beginn der Behandlung? am _____

Objektiver Befund?

Stand der Verletzte unter Alkoholeinfluss? ja nein

Diagnose

Bestehen unfallunabhängige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde der Unfall durch diese Erkrankungen veranlasst
oder begünstigt, bzw. wird der Heilungsverlauf oder
die Behandlung dadurch erschwert?

Ist wegen der Unfallfolgen mit einer dauernden
Beeinträchtigung zu rechnen? ja nein

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte **allein auf die Berufstätigkeit** des Verletzten abstellen

Zu wieviel Prozent und für welchen Zeitraum war
der Verletzte wegen der Unfallfolgen arbeitsunfähig,
bzw. ist es noch? zu _____ % vom _____ bis _____
zu _____ % vom _____ bis _____

zu _____ % vom _____ bis _____

Wann wird die ärztl. Behandlung abgeschlossen sein? _____

(Ort)

(Datum)

(Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)