



die Bayerische

Bayerische Beamten Versicherung AG



Briefanschrift:
Die Bayerische · Abt. 611 · 81732 München
Herrn/Frau/Firma

Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München
T 089/67 87-77 77 | F 089/67 87- 6199
e-mail: sach.hu.schaden@diebayerische.de,
diebayerische.de

Form fields for Außenstelle, Vertreter-Nr., Name des Vermittlers, Versicherungsschein-/Schad.-Nr./Sachb., Bei Neuvers. Antrag vom:

Unfall-Schadenanzeige und
Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
um den uns gemeldeten Schaden ordnungsgemäß und schnell bearbeiten zu können, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie diesen Vordruck aus und senden Sie ihn umgehend an unsere obige Briefanschrift (jeder Versicherungsfall ist bedingungsgemäß unverzüglich zu melden). Wir weisen Sie ausdrücklich auf die beigefügte gesonderte Belehrung hin.

Im Schadenfall benötigen wir stets genaue, schriftliche Angaben.

1. Versicherungsnehmer

Telefonverbindung bitte unbedingt angeben!

Form fields for Versicherungsnehmer: Zu- und Vorname, Geb.-Datum, Beruf, Tel.-Nr. (privat), Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Fax, Tel.-Nr. (Arbeitsstelle), Die Entschädigung soll erfolgen an: Kreditinstitut, BIC, IBAN. Includes a note about payment of accident benefits.

2. Verletzte(r) (nur ausfüllen, wenn mit Versicherungsnehmer (1.) nicht identisch)

Form fields for Verletzte(r): Zu- und Vorname, Geb.-Datum, Beruf, Tel.-Nr. (privat), Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Fax, Tel.-Nr. (Arbeitsstelle), 3. Worin bestand die hauptberufliche Tätigkeit vor dem Unfall?, 3.1 Wurde eine nebenberufliche Tätigkeit ausgeübt?, 3.2 Hatte der/die Verletzte körperlich mitzuarbeiten?, 3.3 Bei welchem Arbeitgeber ist der/die Verletzte beschäftigt?, 4. Art der Verletzung(en), 4.1 Wann erfolgte die erste ärztliche Behandlung?, 4.2 Durch welchen Arzt erfolgte die erste Behandlung?, 4.3 Welche Ärzte wurden sonst noch hinzugezogen?, 4.4 Erfolgte stationärer Krankenhausaufenthalt?, 4.5 Dauer des Krankenhausaufenthaltes, 4.6 Ist mit einem Dauerschaden zu rechnen?, 5. Wann und bei welcher Beschäftigung ereignete sich der Unfall?, 5.1 Wo ereignete sich der Unfall?, 5.2 Handelt es sich um einen Arbeitsunfall i.S. der RVO?

6. Genaue und ausführliche Schilderung des Unfallherganges (evtl. besonderes Blatt beifügen).

7.	Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dienststelle/Anschrift	Tagebuch-Nummer
7.1	Sind Zeugen vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name(n) und Anschrift(en)	
8.	Hatte der/die Verletzte innerhalb der letzten 24 Stunden vor dem Unfall alkoholhaltige Getränke oder Medikamente/Drogen zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8.1	Wenn ja, unbedingt Art und Menge angeben! (auch geringe Mengen sind anzugeben)	Art und Menge		
8.2	Ist Blutprobe erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergebnis der Blutprobe:	Promille ‰
9.	Welche Vorerkrankungen hat der/die Verletzte bisher durchgemacht?	Vorerkrankungen		
9.1	Hat er/sie schon Verletzungen vor diesem Unfall erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Verletzungen	

Versicherungsverhältnisse

10.	Bei welcher Krankenkasse ist der/die Verletzte versichert?	Krankenkasse, Anschrift	Mitgliedsnummer
10.1	Bei Arbeitsunfall Name und Anschrift der Berufsgenossenschaft:	Name/Anschrift der Berufsgenossenschaft	
10.2	Bestanden oder bestehen weitere Unfallversicherungen, auch durch Arbeitgeber, Vereine usw.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer, Anschrift
		Versicherungs-Nr.	Versicherungssummen in EUR
10.3	Hat der/die Verletzte schon früher von einem Versicherer eine Entschädigung aus einer Unfallversicherung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer
		Schaden-Nr.	Höhe der Entschädigung in EUR
10.4	Bestanden oder bestehen Lebensversicherungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherer
		Versicherungs-Nr.	

Bei Kraftfahrzeug-Unfällen

11.	Welches Fahrzeug wurde benutzt?	Fabrikat	polizeiliches Kennzeichen
11.1	Wo ist das Fahrzeug versichert?	Versicherer	Versicherungs-Nr.
11.2	Wer ist der Fahrzeughalter?	Name und Anschrift	
11.3	Wer war der Fahrzeugführer?	Name und Anschrift	
11.4	Welchen Führerschein besitzt der Fahrzeugführer?	Klasse	Ausstellungsort Ausstellungsdatum
11.5	Wie viele Insassen (einschließlich Kinder und Fahrer) befanden sich beim Unfall im Fahrzeug?	Anzahl	Zu- und Vorname(n)
11.6	Hatte(n) die Verletzte(n) zur Zeit des Unfalleintritts einen Sicherheitsgurt angelegt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
12.	Hat Sie bei der Aufnahme der Schadenanzeige ein Mitarbeiter der Bayerischen unterstützt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des Mitarbeiters

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Wurde die Schadenanzeige von einem Beauftragten der Versicherungsgesellschaft ausgefüllt, so bleibe ich allein für die Richtigkeit der gemachten Angaben verantwortlich. Es ist mir bekannt, dass die grob fahrlässige, vorsätzliche oder arglistige Verletzung der Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Die gesonderte Belehrung in Textform über die möglichen Folgen eines Obliegenheitsverstoßes habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte beachten Sie: Wir können für Sie nur tätig werden, wenn Sie uns die beiliegende Schweigepflichtentbindungserklärung unterschrieben und angekreuzt mit der Schadenanzeige zurücksenden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers (VN)

Unterschrift des/der Verletzten (wenn nicht VN)

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung für die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht und für die Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen, 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. 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 (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: (Wird empfohlen, da dies zu einer Reduzierung des Schriftwechsels führt)

Ich willige ein, dass die Bayerische Beamten Versicherung AG – 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 Stellung des Versicherungsantrags an die Bayerische Beamten Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Bayerische Beamten Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Bayerische Beamten Versicherung AG 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.

Möglichkeit II: (Mir ist bekannt, dass dies wegen erhöhtem Schriftwechselfaufkommens zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann)

Ich wünsche, dass mich die Bayerische Beamten Versicherung AG 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 Bayerische Beamten Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Bayerische Beamten Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Stellung des Versicherungsantrags beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Bayerische Beamten Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Stellung des Versicherungsantrags vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Ort, Datum

Ort, Datum

Ort, Datum

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Bayerische Beamten Versicherung AG benötigt 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 Bayerische Beamten Versicherung AG 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 Bayerische Beamten Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Bayerische Beamten Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von Ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Bayerische Beamten Versicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann die Bayerische Beamten Versicherung AG an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für Bayerische Beamten Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls 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 des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben. Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie 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. Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

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