

**Bei Kraftfahrzeug-
Unfällen**

Was für ein Fahrzeug wurde benutzt?

Art (z. B. PKW, Krad)

Amtliches Kennzeichen

Wer lenkte das Fahrzeug?

Name, Vorname

Führerschein-
klasse

Ausstellungsdatum

Bitte zusätzlich bei Ansprüchen aus einer Insassen-Unfallversicherung beantworten:

Ist der Fahrzeuglenker beim Versicherungsnehmer als Kraftfahrer oder Beifahrer angestellt?

 ja nein

Wie viele Personen nahmen an der Fahrt teil?

Anzahl

Wie viele davon unter 14 Jahren?

Anzahl

Hatte die verletzte Person den Sicherheitsgurt angelegt?

 ja nein**Ärztliche
Behandlung**

Wann wurde zuerst ärztliche Hilfe in Anspruch genommen?

Datum

Uhrzeit

Name und Anschrift des Arztes

War eine stationäre Behandlung
erforderlich? ja nein

vom

bis

Name und Anschrift des Krankenhauses

Welche weiteren Ärzte wurden noch konsultiert?

Namen und Anschriften

Findet z. Zt. noch ärztliche Behandlung statt?

 ja nein

Voraussichtliche Behandlungsdauer

Wer ist jetzt der behandelnde Arzt?

Namen und Anschrift

Besteht noch eine Arbeitsbeeinträchtigung?

 ja nein**Vorerkrankungen
und
frühere Unfälle**

War die verletzte Person vor Eintritt des Unfalls vollkommen gesund?

 ja nein

Art der Krankheiten oder Leiden

Hat die verletzte Person schon früher für Unfälle Entschädigungen erhalten?

 ja nein

Wann?

Höhe der Entschädigung

Von welcher Gesellschaft?

Bezieht oder bezog die versicherte Person eine Rente?

 ja nein

Höhe der Rente

%

Von welchem Versicherungsträger?

**Weitere
Versicherungen**

Bestehen für die verletzte Person noch weitere private Unfallversicherungen?

 ja nein

Gesellschaften, Vers.-Schein-Nr., Vers.-Summen

Welcher Berufsgenossenschaft gehört die verletzte Person an? (Bei Arbeits- oder Wegeunfällen)

Name und Anschrift

Zahlungswunsch Scheck Überweisung

Zahlungsempfänger

Anschrift der Bank, Sparkasse oder des Postgiroamtes

Konto-Nr.

Bankleitzahl



Einwilligung und Schweigepflichtenbindung zur Prüfung der Leistungspflicht für die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG

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 Schweigepflichtenbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben 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:

- Ich willige ein, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung 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 Antragstellung an die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG übermittelt werden.

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

ODER

Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die DBV Deutsche Beamtenversicherung 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG 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 DBV Deutsche Beamtenversicherung AG 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.

2. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, 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 AXA 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 AXA Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die AXA Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystem

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und 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, können wir 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 Schweigepflichtenbindung.

Ich entbinde die für die DBV Deutsche Beamtenversicherung 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.

4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir haben Sie im Antragsformular auch darauf hingewiesen, dass es dazu kommen kann, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag darstellen, dem Sie betreuenden Versicherungsvermittler – soweit erforderlich – zur Kenntnis gegeben werden können. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat wird auch im Rahmen der Leistungsfallbearbeitung über den Bearbeitungsstand informiert. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die DBV Deutsche Beamtenversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten im Rahmen der Leistungsfallprüfung – soweit erforderlich – dem für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler zur Kenntnis übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte Person
(frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

DBV Deutsche Beamtenversicherung AG

Frankfurter Straße 50, 65189 Wiesbaden · Postanschrift: 65171 Wiesbaden
Ein Unternehmen der AXA Gruppe

Internet: www.DBV.de

Sitz der Gesellschaft Wiesbaden · Handelsregister Wiesbaden 21 HR B Nr. 2404

Sitz der Zweigniederlassung Berlin · Handelsregister Berlin 92 HR B Nr. 593

USt.-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Peter Heesen

Vorstand: Dr. Thomas Buberl, Vorsitzender; Rainer Brune,

Dr. Patrick Dahmen, Wolfgang Hanssmann, Ulrich C. Nießen

