

# Antrag auf Leistung

Vorgangs-Nr.: \_\_\_\_\_

Bitte vollständig und innerhalb einer Woche zurücksenden. Eine zügige Bearbeitung ist nur bei vollständigen Angaben gewährleistet.

1) Zu- und Vorname der verletzten Person

2) Geburtsdatum

3) Straße

4) PLZ  5) Ort

6) Telefon privat  7) Telefon beruflich  8) Faxnummer

9) E-Mail

10) **Berufliche Angaben** (bitte zutreffendes ankreuzen)  
 angestellt  selbstständig  Anzahl der Mitarbeiter  arbeitslos  seit

11) tatsächlich ausgeübter Beruf

12) Welche Art der Tätigkeit haben Sie vor dem Unfall ausgeübt?  
 % sitzend  
 % stehend  
 % gehend  
 % tragend  
 % arbeiten in Zwangshaltung  
 Die Angaben dürfen zusammengerechnet 100 % nicht übersteigen.

13) Bitte teilen Sie uns mit, von wann bis wann Sie unfallbedingt überhaupt nicht bzw. teilweise nicht gearbeitet haben und wer in dieser Zeit die in Ihrem Betrieb anfallenden Arbeiten erledigt hat (*nur auszufüllen, wenn Sie selbstständig sind*).  
 vom  bis  Vertretung:

14) Name und Anschrift des Arbeitgebers (*nur auszufüllen, wenn Sie angestellt sind*)

## Angaben zum Unfallhergang

16) Unfalldatum  17) Unfallzeit  18) genauer Unfallort

19) Unfallursache und -hergang (bitte ausführlich beantworten, ggf. Skizze beifügen)

Bitte Rückseite beachten!

20) Name und Anschrift aller Unfallbeteiligten


21) Name und Anschrift aller Zeugen


22) Anschrift und Aktenzeichen der unfallaufnehmenden Polizeidienststelle


23) Sind Sie im Besitz eines gültigen Führerscheins

ja	nein
----	------

24) Welcher Art ist die Verletzung?


25) Waren Sie vor Eintritt des Unfalles völlig gesund?

ja	nein
----	------

bei nein, warum bei
---------------------

26) Waren Sie vor Eintritt des Unfalles arbeitsfähig?

ja	nein
----	------

nein, warum
-------------

27) Haben Sie in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall Alkohol zu sich genommen?

ja	nein
----	------

28) Wurde Ihnen eine Blutprobe entnommen?

ja	nein
----	------

29) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte


30) Name und Anschrift des behandelnden Krankenhauses


31) Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer Ihrer Krankenversicherung


31a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

ja	nein
----	------

32) Name, Anschrift und Versicherungsnummer weiterer Unfallversicherungen


32a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

ja	nein
----	------

33) Name, Anschrift und Betriebsnummer Ihrer Berufsgenossenschaft

33a) Wurde der Unfall dort gemeldet?

 ja  nein

34) Beziehen Sie Unfall- oder sonstige Renten?

 ja  nein

34a) Falls ja, seit wann und weswegen?

35) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Unfälle?

 ja  nein

35a) Falls ja, wann und welcher Art waren die Unfälle und die Verletzungen?

Ich bin nicht einverstanden, dass sämtliche Korrespondenz in diesem Leistungsfall über die versicherte Person läuft.

**Bewusst unwahre oder unvollständige Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht. Die Fragen sind nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.**

Datum

Ort

Unterschrift der versicherten Person bzw.  
des gesetzlichen Vertreters

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall**

**Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfanges unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiterhin gehört es zu Ihren Obliegenheiten, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen, dass Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestandes 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 Versicherungsfalles 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.

**Eine mögliche Zahlung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:**

Geldinstitut	Kontoinhaber
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
S.W.I.F.T / BIC:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hiermit bestätige ich, die Zahlung auf die oben genannte Bankverbindung und dass ich über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall belehrt wurde.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift der versicherten Person, wenn abweichend vom Versicherungsnehmer
oder		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

# Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei einer privaten Unfallversicherung

Vorgangs-Nr.: \_\_\_\_\_

## Vom behandelnden Arzt auszufüllen!

1) Zu- und Vorname des Patienten \_\_\_\_\_ 2) Geburtsdatum \_\_\_\_\_

3) Unfalldatum \_\_\_\_\_ 4) tatsächlich ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

5) Unfallhergang \_\_\_\_\_

6) Wann und wo hat sich der Verletzte erstmals in ärztliche Behandlung begeben? \_\_\_\_\_

7) Befund \_\_\_\_\_

8) Wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit?  ja  nein  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

9) Sind Vorerkrankungen ursächlich für den Unfall (insbesondere Geistes- oder Bewusstseinsstörungen)?  ja  nein  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
Mit welchem prozentualen Anteil wirken Krankheiten oder Gebrechen ggf. bei den Unfallfolgen mit? \_\_\_\_\_ %

10) Lagen äußere Verletzungsanzeichen vor?  ja  nein  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

11) Stand der Verletzte unter Alkohol-, Rauschmittel- oder Medikamenteneinfluss?  ja  nein

12) Wie hoch war der Alkoholspiegel? \_\_\_\_\_ ‰

13) Diagnose \_\_\_\_\_ 13a) Diagnoseschlüssel \_\_\_\_\_

14) Therapie und Behandlungsdauer \_\_\_\_\_

15) Welche Ärzte hat der Verletzte außer Ihnen konsultiert? (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

16) Wann war die unfallbedingte ärztliche Behandlung abgeschlossen? \_\_\_\_\_  
Anmerkungen \_\_\_\_\_

17) In welchem Grad war der Verletzte wegen der Unfallfolgen in seiner normalerweise ausgeübten Tätigkeit beeinträchtigt?  
 Hinweis: Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist nach den Grundsätzen der privaten Unfallversicherung dann gegeben, wenn der Verletzte seiner normal ausgeübten Tätigkeit in keiner Weise nachgehen und sich überhaupt nicht um berufliche Angelegenheiten kümmern konnte, auch nicht leitend, aufsichtsführend oder dergleichen. Dies gilt auch für **Hausfrauen und Rentner**, sofern sie ihrer normalerweise ausgeübten Tätigkeit nicht nachgehen können.

a)  % vom  | 2 | 0 |  bis  | 2 | 0 |

b)  % vom  | 2 | 0 |  bis  | 2 | 0 |

c)  % vom  | 2 | 0 |  bis  | 2 | 0 |

d)  % vom  | 2 | 0 |  bis  | 2 | 0 |

18) Besonderheiten


19) Fand eine unfallbedingte stationäre Behandlung statt?  ja  nein

Falls ja: vom  | 2 | 0 |  bis  | 2 | 0 |

20) Name und Anschrift der behandelnden Klinik


**Falls vorhanden, erbitten wir eine Kopie des Krankenhausberichtes.**

| 2 | 0 |  Ort

Datum

--

Stempel, Unterschrift des Arztes

## Aktualisierte Belehrung zu der Einhaltung von Fristen

### Invaliditätsleistungen / Unfallrente

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen sowie gegebenenfalls den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

### Invaliditätsleistungen / Unfallrente

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität).

Erforderlich ist, dass die Invalidität **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten ist, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Unfall von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

**Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung. Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf die Invaliditätsleistung führen.**

**Hiermit bestätige ich, dass ich im Begleitschreiben zum Antrag auf Leistung über die Fristen zur Feststellung und Geltendmachung möglicher Invaliditätsansprüche belehrt wurde.**

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Datum

Ort

Unterschrift der versicherten Person, wenn abweichend vom Versicherungsnehmer

oder

Datum

Ort

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

## Datenschutzhinweis

Wir verwenden personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, für die Ausstellung und Verwaltung Ihrer Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle. Weitere Informationen finden Sie in unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/de-de/datenschutz.aspx>. Sie können die Rahmendatenschutzrichtlinie auch jederzeit über die E-Mail-Adresse [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com) anfordern.

## Ausdrückliche Einwilligung

Wir werden Ihre Schadensforderung sorgfältig prüfen und daneben im Einklang mit den branchenüblichen Standards auch Schritte unternehmen, die dem Aufspüren von betrügerischen Schadensforderungen dienen. Aus diesen Gründen müssen wir möglicherweise die von Ihnen bereitgestellten Informationen über Ihre Gesundheit, die für Ihre Schadensforderung relevant sind, sowie ggf. Informationen über die Gesundheit anderer Personen, die für die Schadensforderung eine Rolle spielen, verwenden. Ihnen obliegt es, sicherzustellen, dass andere Personen, deren Informationen Sie uns zur Verfügung stellen, darüber Bescheid wissen, keine Einwände gegen die Verwendung ihrer Daten haben und (soweit dies nach den einschlägigen Gesetzen erforderlich ist) ihre Einwilligung dazu erteilen, dass ihre Informationen für die hier dargelegten Zwecke verwendet werden.

Wir werden die Informationen über Gesundheit nicht für irgendwelche anderen Zwecke verwenden, und wir werden uns jederzeit an alle in unserer Datenschutzrichtlinie enthaltenen Bestimmungen (einschließlich der Sicherheitsstandards) halten. Sie sind nicht verpflichtet, uns die nachstehend bezeichnete Einwilligung zu erteilen, und Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Wenn Sie uns jedoch keine Einwilligung erteilen oder sich entscheiden, Ihre Einwilligung später zu widerrufen, so kann sich das darauf auswirken, ob wir Ihre Schadensforderung bearbeiten können.

**Durch Ankreuzen des Kästchens erteilen Sie Ihre Einwilligung, dass wir Ihre Gesundheitsinformationen auf diese Weise verarbeiten dürfen.**



## Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

Zur Prüfung der Leistungspflicht in Ihrem Versicherungsfall ist es erforderlich, dass die Chubb European Group SE, im folgenden Versicherung genannt, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüft, 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. Die Versicherung benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich 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 (Möglichkeit 1) oder später im Einzelfall (Möglichkeit 2) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### Möglichkeit 1

Ich willige ein, dass die Versicherung – 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 Versicherung übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Versicherung an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Versicherung 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 2

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

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder 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 Vertragsabschluss. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für die Versicherung 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.

Bitte Rückseite beachten!

Vorgangs-Nr.:

## Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Versicherung 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 Versicherung meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Versicherung zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherung tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht

**Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen..**

				2	0				

Datum

--

Ort

--

Unterschrift versicherte Person

				2	0				

Datum

--

Ort

--

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

## Ihre Checkliste

Bitte prüfen Sie anhand dieser Checkliste noch einmal, ob Sie alle benötigten Fragen und Unterlagen ausgefüllt haben. Um Ihren Antrag auf Leistung ohne Verzögerungen und reibungslos bearbeiten zu können, sind eine Reihe von Fragen zu beantworten und Formulare auszufüllen.

- Haben Sie die Folgen einer Obliegenheitsverletzung zur Kenntnis genommen?  
Sind **alle** (35) Fragen (auf der Vorder- und Rückseite) des Antrages auf Leistung vollständig ausgefüllt und entsprechend unterschrieben?
- Sind **alle** (20) Fragen der **ärztlichen Bescheinigung** von Ihrem Hausarzt vollständig ausgefüllt und das Formular mit Unterschrift und Arztstempel versehen?
- Haben Sie die Fristenbelehrung bzgl. möglicher Invaliditätsleistungen zur Kenntnis genommen und diese mit den entsprechenden Unterschriften bestätigt?
- Haben Sie die **Schweigepflichtentbindungserklärung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben?
- Haben Sie eine **Kopie des Krankenhausberichtes** beigelegt?
- Wir bitten Sie, noch mal vor Absendung zu überprüfen, dass Sie die Unterlagen ordnungsgemäß ausgefüllt und den Inhalt zur Kenntnis genommen, sowie mit Ihrer Unterschrift versehen haben.

**Bitte beachten Sie, dass es durch unvollständige Angaben zu einer Verzögerung in der Bearbeitungsdauer kommen kann.**