

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) Welcher Art ist die Erkrankung?

11) Wann traten die Symptome erstmals auf?

12) Name und Anschrift des Hausarztes / der Hausärztin

13) Name, Anschrift und Telefonnummer aller behandelnden Ärzte

14) Name und Anschrift der behandelnden Klinik

15) Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer Ihrer Krankenversicherung

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift der versicherten Person bzw. des gesetzlichen Vertreters
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Ort	Unterschrift des Versicherungsnehmers

KV-Antrag auf Leistung Y004

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 Umfangs 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 <input type="text"/>	Kontoinhaber <input type="text"/>
IBAN <input type="text"/>	
S.W.I.F.T./ BIC: <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"/> Datum	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Unterschrift des Versicherungsnehmers
<input type="text"/> Datum	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Unterschrift der versicherten Person, wenn abweichend vom Versicherungsnehmer
oder <input type="text"/> Datum	<input type="text"/> Ort	<input type="text"/> Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei einer privaten Unfallversicherung

Vorgangs-Nr.: _____

Vom behandelnden Hausarzt auszufüllen!

1) Zu- und Vorname des Patienten

2) Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

3) Diagnose

3a) Diagnoseschlüssel

4) Wann traten die Symptome erstmals auf?

--	--	--	--	--	--	--	--

5) Wann und wo fand die erste ärztliche Behandlung wegen dieser Erkrankung statt?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6) Wurde der Patient wegen dieser oder ähnlicher Erkrankungen oder Symptome jemals behandelt? Wenn ja, wann und bei welchen Ärzten?

 ja nein

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7) Weitere Behandlungsdaten

8) Sind bei der/dem Patientin/ten jemals nachfolgende Krankheiten aufgetreten und ist er/sie diesbezüglich ärztlich beraten oder medizinisch behandelt worden?

Diagnose	ja	nein	Erstdiagnose (Datum)	Bemerkungen
Krebs				
bösartige Tumore				
Diabetes				
Schlaganfall				
Herzinfarkt				
andere Herzerkrankungen				
HIV/AIDS				
Organtransplantationen				
Bluthochdruck				

9) Falls ein Bluthochdruck besteht, ist dieser mit Medikamenten kontrollierbar?

 ja nein

10) Welche weiteren Vorerkrankungen (außer unter Punkt 8) sind bekannt?

11) Dauer des stationären Aufenthaltes

vom

		2	0		
--	--	---	---	--	--

 bis

		2	0		
--	--	---	---	--	--

12) Name und Anschrift der behandelnden Klinik

Bitte fügen Sie auch eine Kopie des Krankenhausberichtes diesem Formular bei.

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			2	0			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 200px; height: 20px;"></td></tr></table>	
		2	0					

Datum

Ort

--

Stempel, Unterschrift des Arztes

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 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, Berufs-genossenschaften 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.

oder

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..

Datum

--

Ort

--

Unterschrift versicherte Person

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 (15) Fragen auf dem **Antrag auf Leistung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben worden?
- Sind alle (12) Fragen der **ärztlichen Bescheinigung** von Ihrem **Hausarzt** vollständig ausgefüllt und das Formular mit Unterschrift und Arztstempel versehen?
- Haben Sie die **Schweigepflichtentbindungserklärung** vollständig ausgefüllt und unterschrieben?
- Haben Sie eine **Kopie des Krankenhausberichtes** beigefügt?
- Wir bitten Sie, noch mal vor Absendung zu überprüfen, dass Sie die Unterlagen ordnungsgemäß ausgefüllt und den Inhalt zur Kenntnis genommen, sowie mit den entsprechenden Unterschriften versehen haben.

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